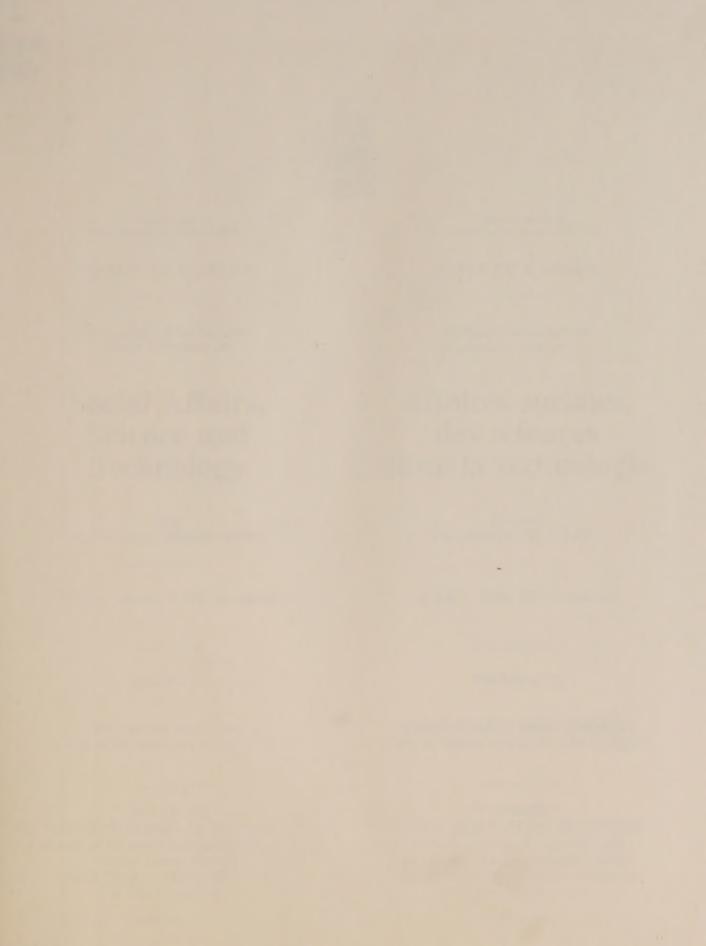


Digitized by the Internet Archive in 2024 with funding from University of Toronto





91 1626 551





First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

SENATE OF CANADA

Proceedings of the Standing Senate Committee on

Social Affairs, Science and Technology

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Thursday, February 7, 2002 (in camera)

Issue No. 48

Forty-second meeting on:
The state of the health care system in Canada

INCLUDING:
THE SIXTEENTH REPORT OF THE COMMITTEE
The state of the health care system in Canada,
Interim Report entitled:
"Volume Three — Health Care Systems
in Other Countries"

Première session de la trente-septième législature, 2001-2002

SÉNAT DU CANADA

Délibérations du Comité sénatorial permanent des

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président: L'honorable MICHAEL KIRBY

Le jeudi 7 février 2002 (à huis clos)

Fascicule nº 48

Quarante deuxième réunion concernant: L'état du système de soins de santé au Canada

Y COMPRIS:

LE SEIZIÈME RAPPORT DU COMITÉ

L'état du système de soins de santé
au Canada, rapport intérimaire intitulé:
«Volume trois: Les systèmes de soins de
santé dans d'autres pays»

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

Keon

Morin

Pépin

Roche

Robertson

* Lynch-Staunton

(or Kinsella)

The Honourable Michael Kirby, Chair

The Honourable Marjory LeBreton, Deputy Chair

and

The Honourable Senators:

Callbeck
* Carstairs, P.C.
(or Robichaud, P.C.)

Cook Cordy Di Nino Fairbairn, P.C.

* Ex Officio Members

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck *Carstairs, c.p. (ou Robichaud, c.p.) Cook

Cook Cordy Di Nino Fairbairn, c.p.

* Membres d'office

(Quorum 4)

* Keon * Lynch-Staunton (ou Kinsella)

Morin Pépin Robertson Roche

Published by the Senate of Canada

Available from Canada Communication Group — Publishing, Public Works and Government Services Canada, Ottawa, Canada K1A 089

Also available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

Publié par le Sénat du Canada

En vente: Groupe Communication Canada — Édition, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Aussi disponible sur internet: http://www.parl.gc.ca

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Thursday, February 7, 2002 (54)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day *in camera*, in room 705, Victoria Building, at 11:07 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Keon, Kirby, Morin, LeBreton, Pépin, Robertson and Roche (9).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos, from the office of Senator Cordy: James MacNeil, from the office of Senator Kirby: Jeff MacLeod, from the office of Senator Pépin: Momar Diagne, from the office of Senator Robertson: Ross McKean, from the office of Senator Roche: Todd Martin, from the Committees and Private Legislation Directorate: Debbie Pizzoferrato and staff from the Page Programme, Interpretation Services and the Senate Messengers.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No.2.)

The committee considered its draft report.

At 12:16 p.m. the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le jeudi 7 février 2002 (54)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à huis clos, à 11 h 07, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (président).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Keon, Kirby, Morin, LeBreton, Pépin, Robertson et Roche (9).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos; du bureau de la sénatrice Cordy: James MacNeil; du bureau du sénateur Kirby: Jeff MacLeod; du bureau de la sénatrice Pépin: Momar Diagne; du bureau de la sénatrice Robertson: Ross McKean; du bureau du sénateur Roche: Todd Martin; de la Direction des comités et de la législation privée: Debbie Pizzoferrato; le personnel du Programme des pages, du Service d'interprétation et du Service de messageries du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada. (*L'ordre de renvoi figure le fascicule nº 2 du comité.*)

Le comité examine le projet de rapport.

À 12 h 16, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

REPORT OF THE COMMITTEE

Tuesday, January 29, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to table its

SIXTEENTH REPORT

Your committee, which was authorized by the Senate on Thursday, March 1, 2001 to examine and report upon the state of the health care system in Canada, now tables an interim report entitled: Volume Three — Health Care Systems in Other Countries.

Respectfully submitted,

RAPPORT DU COMITÉ

Le mardi 29 janvier 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de déposer son

SEIZIÈME RAPPORT

Votre comité, qui a été autorisé par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001 à examiner pour en faire rapport l'état du système de soins de santé au Canada, dépose maintenant un rapport intérimaire intitulé: Volume trois: Les systèmes de soins de santé dans d'autres pays.

Respectueusement soumis,

La vice-présidente,

MARJORY LEBRETON

Deputy Chair

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

Interim Report on the state of the health care system in Canada

The Health of Canadians – The Federal Role Volume Three – Health Care Systems in Other Countries

Chair
The Honourable Michael J. L. Kirby

Deputy Chair
The Honourable Marjory LeBreton

JANUARY 2002

TABLE OF CONTENTS

| TABLE OF CONTENTS | ••••••••••••••••••••••••••••••••••••••• |
|---|---|
| ORDER OF REFERENCE | i |
| <u>SENATORS</u> | ······································ |
| INTRODUCTION | |
| CHAPTER ONE: | |
| HEALTH CARE IN AUSTRALIA | |
| 1.1 Government Responsibility | |
| 1.2 Health Care Insurance and Coverage | |
| 1.3 Funding for Health Care | |
| 1.4 Management and Provision | 8 |
| 1.5 Particularities | |
| CHAPTER TWO: | 12 |
| Health care in Germany | |
| 2.1 Government Responsibility | |
| 2.2 Health Care Insurance and Coverage | ······································ |
| 2.3 Funding for Health Care | 15 |
| 2.4 Management and Provision | |
| 2.5 Particularities | |
| 2.5.1 Competition Among Sickness Funds | |
| 2.5.2 Lack of Integration. | |
| 2.5.3 Long-Term Care | |
| CHAPTER THREE: | 21 |
| HEALTH CARE IN THE NETHERLANDS | |
| | |
| 3.1 Government Responsibility 3.2 Health Care Insurance and Coverage | |
| 3.2.1 Insurance for Normal Medical Care | ······································ |
| 3.2.2 Insurance for Exceptional Medical Care | |
| | |
| 3.3 Funding for Health Care | |
| 3.4 Management and Provision | 24 |
| 3.5 Particularities | |

| CHAPT | TER FOUR: | 29 |
|--------------|---|----|
| HEAL' | TH CARE IN SWEDEN | 29 |
| 4.1 | Government Responsibility. | |
| 4.2 | Health Care Insurance and Coverage. | 29 |
| 4.3 | Funding for Health Care | 30 |
| 4.4 | Management and Provision | 32 |
| <u>4.5</u> | Particularities | |
| CHAPT | TER FIVE: | 37 |
| HEAL' | TH CARE IN THE UNITED KINGDOM | 37 |
| 5.1 | Government Responsibility | 37 |
| 5.2 | Health Care Insurance and Coverage. | 37 |
| 5.3 | Financing for Health Care | 39 |
| 5.4 | Management and Provision | |
| | 5.4.1 Hospital Services | |
| _ | 5.4.2 Physician Services | |
| <u>5.5</u> | Private Health Care Delivery | |
| 5.6 | Particularities | 43 |
| | | |
| CHAP1 | <u> </u> | 45 |
| HEAL' | TH CARE IN THE UNITED STATES | 45 |
| 6.1 | Government Responsibility | 45 |
| 6.2 | Health Care Insurance and Coverage. | 46 |
| | 5.2.1 <u>Medicare</u> | |
| (| 5.2.2 Medicaid and SCHIP | 47 |
| <u>(</u> | 6.2.3 Public and Private Health Care Coverage | 48 |
| 6.3 | Funding for Health Care | 50 |
| 6.4 | Management and Provision | 50 |
| <u>6.5</u> | <u>Particularities</u> | 51 |
| CHAPT | TER SEVEN: | 53 |
| MEDI | CAL SAVINGS ACCOUNTS (MSAS) | 53 |
| | MSAs in Singapore | |
| 7.2 | MSAs in South Africa. | |
| | MSAs in the United States | |
| | 7.3.1 Private Sector MSAs | |
| | 7.3.2 Medicare Plus Choice | |
| | Proposals for MSAs in Hong Kong | |
| 7.5 | MSAS: the Debate | |
| CHAPT | TER EIGHT: | 65 |
| | ARATIVE ANALYSIS. | |
| | | |
| 8.1 | Financing And Coverage | |
| 8.2 | Primary Care. | |
| 8.3 | Integration of Health Services | |
| 8.4 | Role of Government. | /1 |

| <u>CONCLUSION</u> | 73 |
|---|----|
| APPENDIX A: | 75 |
| List of Witnesses | |
| APPENDIX B: | 77 |
| HEALTH CARE SPENDING, HEALTH CARE RESOURCES AND HEALTH STATUS: COMPARATIVE DATA, 1998. | 77 |

ORDER OF REFERENCE

Extract from the Journals of the Senate of March 1, 2001:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator LeBreton, seconded by the Honourable Senator Kinsella:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report upon the state of the health care system in Canada. In particular, the Committee shall be authorized to examine:

- (a) The fundamental principles on which Canada's publicly funded health care system is based;
- (b) The historical development of Canada's health care system;
- (c) Health care systems in foreign jurisdictions;
- (d) The pressures on and constraints of Canada's health care system; and
- (e) The role of the federal government in Canada's health care system;

That the papers and evidence received and taken on the subject and the work accomplished during the Second Session of the Thirty-sixth Parliament be referred to the Committee;

That the Committee submit its final report no later than June 30, 2002; and

That the Committee be permitted, notwithstanding usual practices, to deposit any report with the Clerk of the Senate, if the Senate is not then sitting; and that the report be deemed to have been tabled in the Chamber.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

ATTEST:

Paul C. Bélisle Clerk of the Senate The following Senators have participated in the study on the state of the health care system of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology:

The Honourable Michael J. L. Kirby, Chair of the Committee The Honourable Marjory LeBreton, Deputy Chair of the Committee

and

The Honourable Senators:

Catherine S. Callbeck
Joan Cook
Jane Cordy
Joyce Fairbairn, P.C.
Alasdair B. Graham, P.C.
Wilbert Keon
Yves Morin
Lucie Pépin
Douglas Roche
Brenda Robertson

Ex-officio members of the Committee:

The Honourable Senators: Sharon Carstairs P.C. (or Fernand Robichaud, P.C.) and John Lynch-Staunton (or Noel A. Kinsella)

Other Senators who have participated from time to time on this study: The Honourable Senators Banks, Beaudoin, Cohen*, DeWare*, Ferretti Barth, Grafstein, Hubley, Joyal P.C., Milne, Losier-Cool, Rompkey, and Tunney

^{*}retired from the Senate



In December 1999, during the Second Session of the Thirty-Sixth Parliament, the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology received a mandate from the Senate to study the state of the Canadian health care system and to examine the evolving role of the federal government in this area. The Senate renewed the mandate of the Committee in the First Session of the Thirty-Seventh Parliament. The terms of reference adopted for the purpose of this study read as follows:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report upon the state of the health care system in Canada. In particular, the Committee shall be authorized to examine:

- a) The fundamental principles on which Canada's publicly funded health care system is based;
- b) The historical development of Canada's health care system;
- c) Publicly funded health care systems in foreign jurisdictions;
- d) The pressures on and constraints of Canada's health care system;
- e) The role of the federal government in Canada's health care system.'

In response to this broad and complex mandate, in March 2001, the Committee re-launched its multi-year and multi-faceted study comprising five major phases. Table 1 provides information on each individual phase and their respective timeframes.

This document constitutes the Phase Three report of the Committee's study on health care. In accordance with the Committee's mandate, this report examines "publicly funded health care systems in foreign jurisdictions". More precisely, it describes and compares the way that health care is financed and delivered in several other countries and the objectives of national government health care policy in those countries. It highlights those policies from which Canada could learn.

¹ Debates of the Senate (Hansard), 2nd Session, 36th Parliament, Volume 138, Issue 23, December 16, 1999.

TABLE 1 HEALTH CARE STUDY: INDIVIDUAL PHASES AND PROPOSED TIMEFRAMES

| PHASES | CONTENT | TIMING (REPORTS) |
|--------|--|-----------------------|
| One | Historical Background and Overview | March 2001 |
| Two | Future Trends, Their Causes and Impact on Health Care Costs | Winter 2002 |
| Three | Models and Practices in Other Countries | Winter 2002 |
| Four | Development of Issues and Options Paper | September 2001 |
| Five | Hearings on Issues and Options Paper and Development of Final Report and Recommendations | Fall 2001/Winter 2002 |

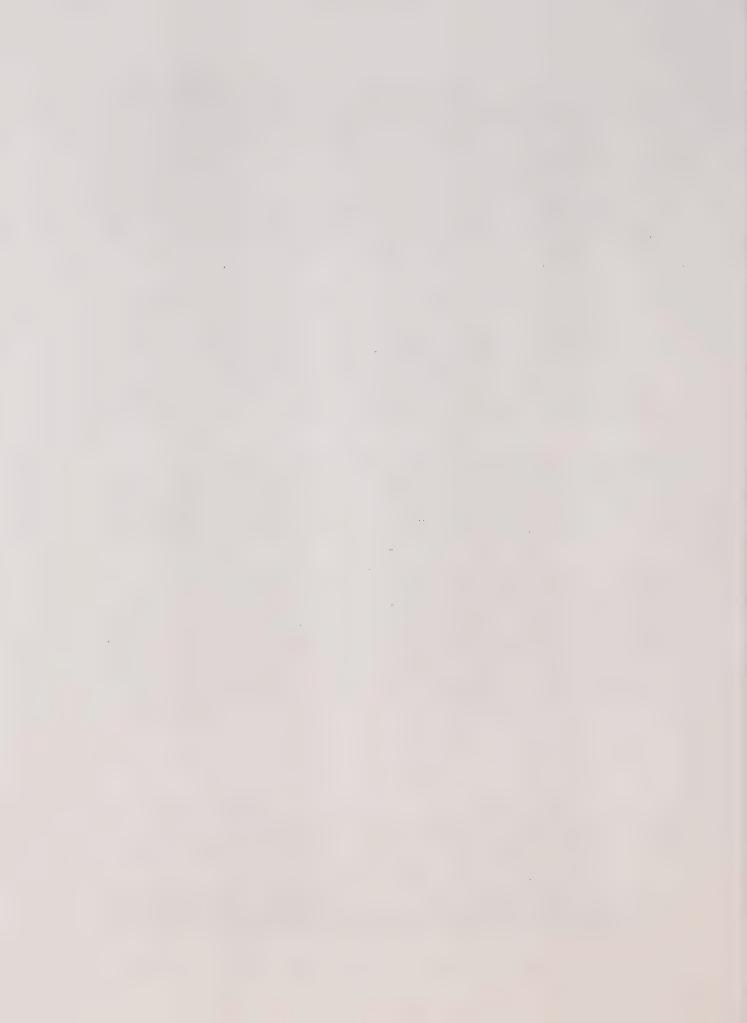
The findings and observations contained in this report are based on a review of the relevant literature by the Committee's research staff, comparative studies commissioned with the assistance of Health Canada², videoconferences with health care officials, organizations and experts from the surveyed countries, and public hearings with Canadians experts in comparative international analysis in the field of health care.

In selecting countries to be examined, the Committee did not want to limit its study to health care systems that are similar to the Canadian model. We wanted to look at a variety of models, including those systems which are quite different from Canada's health care system but from which we could learn a great deal given that these countries have been actively involved in various health care reforms. Given the limited time and resources at its disposal, the Committee decided to review the health care system of the following countries: Australia, Germany, the Netherlands, Sweden, the United Kingdom and the United States. The Committee also reviewed the operation of medical savings accounts systems (MSAs) in various countries.

² Two studies were commissioned by the Committee. Ake Blomqvist, Professor of Economics at the University of Western Ontario, prepared a paper describing the Swedish health care system and entitled International Health Care Models: Sweden. Colleen Flood, Mark Stabile and Carolyn Hughes Tuohy, respectively professors at the Faculty of Law, Department of Economics and Department of Political Science, at the University of Toronto, prepared a document entitled Lessons From Away: What Canada Can Learn From Other Health Care Systems. Their paper provides a thorough review of the health care systems in place in Australia, the Netherlands, New Zealand, the United Kingdom and the United States. These two studies are available on the Committee's Website at the following address: http://www.parl.gc.ca/common/Committee_SenHome.asp?Language=E&Parl=37&Ses=1&comm_id=47.

This report consists of eight chapters. ³ Chapter One through Chapter Six describe the main characteristics and particularities of the health care systems in Australia, Germany, the Netherlands, Sweden, the United Kingdom and the United States respectively. These chapters all have the same structure and address the following issues: government responsibility for health care; health care insurance and coverage; funding for health care; management and provision; and, particularities. The information provided in these six chapters is presented in comparative terms with respect to the Canadian experience. Chapter Seven reviews the system of MSAs established in Singapore, South Africa and the United States, as well as the proposals put forward in Hong Kong. Finally, Chapter Eight provides a comparative review of the experience gained elsewhere.

³ In this report, the testimony received by witnesses and printed in the Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology will be hereinafter referred to only by issue number and page number within the text.



1.1 Government Responsibility

Like Canada, Australia has a federal system of government. As in Canada, health care in Australia is a shared responsibility between the national (or Commonwealth) government and sub-national governments (six States and two Territories). In Australia, however, the Commonwealth government has a stronger role in health care than is the case in Canada. While provincial governments in Canada have far greater fiscal leverage in health care than does the federal government, States and Territories in Australia are largely dependent on the Commonwealth government for health care funding. As in Canada, local governments (municipalities) in Australia play a relatively small role in health care.

- The Commonwealth government is responsible for public policy making at the national level in the fields of public health, research and national health information management. The Commonwealth government operates "Medicare", the national, publicly-funded health care insurance plan in Australia, and regulates the private health care insurance industry. It also finances and regulates residential aged care (nursing homes) and, jointly with States and Territories, it funds and administers some community-based care and home care. Commonwealth funding for health care is derived from general taxation plus a dedicated health care levy of 1.5% on taxable income.
- The State and Territory governments have primary responsibility for the management and delivery of publicly insured health services within their jurisdiction. As such, they deliver public acute and psychiatric hospital services and a wide range of community and public health services including school health, dental care, maternal and child health. State and Territory governments are also responsible for the regulation of health care providers as well as for the licensing and approval of private hospitals. Health care funding by States and Territories is derived mostly from grants from the Commonwealth government, as well as from general taxation and user charges.
- Local governments are responsible for health promotion and disease prevention programs (such as immunization), and environmental health services (such as sanitation and hygiene).

1.2 Health Care Insurance and Coverage

Medicare in Australia, which is operated by the Commonwealth government, is a compulsory regime that provides universal coverage to all citizens. Public health care

insurance is broader in Australia than in Canada as it covers physicians, hospitals, prescription drugs and some community-based care and home care. In contrast to Canada, user charges and extra-billing may be required for publicly insured health services. More specifically, Australian Medicare is made of three main components:

- The Medical Benefits Scheme (MBS) ensures access to physician services (outside of hospitals). The MBS lists a wide range of physician services and stipulates the fee applicable to each item (the "scheduled fee"). The MBS reimburses only 85% of the doctors' scheduled fee. In other words, Australian physicians may extra-bill. When doctors bill Medicare directly ("bulk bill"), they accept the 85% level as full payment and the patient pays nothing. When doctors charge more than the scheduled fee, the patient must pay the difference between the Medicare benefit and the scheduled fee and then claim reimbursement from Medicare or alternatively obtain from Medicare a cheque made out to the physician. However, a safety net provision applies to MBS: once patients have paid A\$276 in physician fees in a given year (about \$229CAN), they are exempt from further charges. Private insurance is not allowed to provide coverage for physician services that are publicly insured or for the gap between Medicare and the fee charged by the doctor. Relatively few physicians bill patients more than 85% of the MBS schedule.4 Concessional patients (mostly social security recipients and veterans) are not required to pay any extra-billing.
- The Australian Health Care Arrangements (AHCAs) provide the basis for funding by the Commonwealth government to the States and Territories for hospital services. Funding by the Commonwealth government takes the form of annual block grants whose amounts are negotiated in fiveyear agreements with the States and Territories, who in return agree not to allow user charges for public hospital services. The extent of public coverage for hospital care depends on whether a patient elects to be a public patient or a private patient. Full coverage for hospital care is provided to public patients in State and Territory owned hospitals or in private non-profit hospitals. Public patients are also entitled to free hospital care in for-profit hospitals which have made arrangements with governments to care for public patients. However, when an individual chooses to be a private patient in a public hospital (in which case he/she has the ability to choose his/her own doctor) or goes to a private hospital, the Commonwealth government pays only 75% of the scheduled hospital-based physician fee. All other costs are the responsibility of the patient. The safety net that applies to physician services under the MBS and which limits the amount paid by the patient in a one-year period does not apply to Medicare benefits for hospital services. Private health care insurance is allowed to cover the difference between 75% of the scheduled fee and the actual fee charged. Private

⁴ It is estimated that 70% of all physician services are billed directly.

insurers can also provide additional benefits for hospital accommodation and other hospital charges.

The Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS), which is based on a national drug formulary, provides free access to drugs prescribed outside of hospital, subject to annual thresholds.⁵ Under the PBS, eligible people fall into two categories: general patients and concessional patients. General patients are required to pay a maximum of A\$20.60 per prescription (\$17.10CAN) up to a total of A\$612 per year (about \$508CAN); beyond that limit, they are required to pay only A\$3.30 per prescription (\$2.80CAN). Concessional card holders pay A\$3.30 per prescription. Once the safety net threshold is reached for concessional patients (A\$166), drugs are fully paid by the Commonwealth. If the prescription involves a more costly but equivalent brand, the subsidy may be limited to the lower cost brand (this is called the minimum pricing policy). Individuals must pay for drugs not listed on the national formulary in full and, also in full, for drugs that are priced below the copayment amount. It is estimated that about 75% of all prescriptions issued in Australia are subsidized under the PBS.

As in Canada, some services are not covered under Australian Medicare, such as cosmetic surgery and services provided under workers' compensation insurance and private insurance can cover allied health/paramedical services (such as physiotherapists' and podiatrists' services), as well as some aids and devices. However, in contrast to Canada, private health care insurance in Australia both complements and competes with Medicare since private insurers may cover the same benefits as under the public plan. Australians can supplement their Medicare benefits through private health care insurance, but they cannot opt out of the publicly-funded system since they continue to pay their taxes.

Commonwealth government is responsible for regulating private health care insurance and it requires that premiums be community rated. This means that private insurers must establish a common premium structure for all enrolees regardless of their health status. In other words, they cannot charge higher rates for high risk individuals such as the aged or the chronically ill. Community rating ensures that private insurance is available to a wide range of people in the community. This in turn necessitates a system reinsurance, designed to ensure that insurers with high proportions of aged and chronically ill customers do not suffer

(...) health insurance in Australia is fully community rated, which I think reflects its social role as far as governments are concerned. By "fully community rated" I mean that there is no premium discrimination against people by virtue of age, sex, state of health or potential health risk. The only restriction is a 12-month waiting period after joining for pre-existing ailments. At the end of 12 months, benefits are fully payable for pre-existing conditions as well as for conditions that occur after joining. I think you can see from that that there is a very strong social component of the private sector in Australia, and it does link in quite well with the public sector.

Russell Schneider, Chief Executive Officer, Australian Health Insurance Association (21:5)

competitive disadvantage. The Commonwealth government has also introduced a number

⁵ Like in Canada, prescription drugs dispensed in public hospitals are free of charge.

of tax-based measures to encourage people to purchase private health care insurance in order to counteract a long-term trend of decreasing take up of private insurance. Overall, there are about 40 private health care insurance funds registered in Australia.

1.3 Funding for Health Care

As in Canada, some 70% of health care spending is financed by the public sector (46% by the Commonwealth government and 24% by State and Territory governments) and 30% by the private sector (see Appendix). The Commonwealth government finances a greater proportion of Australian health care than does the federal government in Canada. The Commonwealth government in Australia is the primary public insurer of prescription drugs and physician services. It also funds some 50% of hospital expenditures.

Medicare is financed largely by general taxation revenue, some of which is raised by an income-related Medicare levy at the national level. This Medicare levy is paid by individuals at a basic rate of 1.5% of taxable income above certain income thresholds. Individuals who do not pay any income tax do not pay the Medicare levy (but they are entitled to full coverage under Australian Medicare). Taxpayers with high incomes who do not have private health care insurance pay an additional 1% of taxable income as part of the levy. The Medicare levy accounts for approximately 27% of Commonwealth funding for Medicare and for about 8% of total health care spending in Australia.

The Commonwealth government provides funding for Medicare in three ways:

1) through subsidies for prescription drugs and private medical and optometric services; 2) grants to States and Territories for the purpose of health care; 3) specific grants to State and Territory governments and other bodies. State and Territory governments supplement Commonwealth grants by raising their own revenue through taxation.

Residential aged care is financed by the Commonwealth government by means of subsidies paid to service providers, based on the level and type of care needed by the individual. Community care services for the frail aged and the disabled are jointly funded by both the Commonwealth and State/Territory governments.

About 25% of State and Territory government budgets are allocated to health care and about 69% of those funds go to public hospitals.

1.4 Management and Provision

As in Canada, the majority of doctors are self-employed. Most primary care provided by general practitioners in private practice is reimbursed on a fee-for-service basis. A small proportion of physicians are salaried employees of Commonwealth, State/Territory or local governments. General practitioners in primary care act as gatekeepers, with access to specialist medical services being available only on their referral.

Hospital care is provided by a mix of public and private institutions. Public hospitals remain the major providers of care. Public hospitals include hospitals established by State/Territory governments and hospitals established by religious or charitable bodies but now directly funded by government (private non-profit hospitals). Specialists in public hospitals are either salaried or paid on a per-session basis. Salaried specialist doctors in public hospitals can treat some patients in these hospitals as private patients, charging fees to those patients and usually contributing some of their fee income to the hospital.

There are a small number of private for-profit hospitals built and managed by private firms providing public hospital services under arrangements with State/Territory governments. However, most acute care beds and emergency outpatient clinics are in public hospitals.

Private hospitals tend to provide less complex non-emergency care, such as simple elective surgery. However, some private hospitals are increasingly providing complex, high technology services. Like public hospitals, some private facilities provide same-day surgery and other non-inpatient operating room procedures. Public and private hospitals are not perfect substitutes for each other, however, as accident and emergency facilities, as well as technologically complex and highly specialized services, remain concentrated in the public sector.

A significant proportion of other health care providers are self-employed. In addition, there are many independent pathology and diagnostic imaging services operated by doctors.

1.5 Particularities

Australia shares many similarities with Canada: both countries have the same political system government, they have similar geography and they similar health enjoy outcomes. The public share of total health care spending is the same in Canada as in Australia (around 70% Appendix). However, Australia manages spend much less on health care as a percentage of GDP (8.5%) than does Canada (9.5%). Australian Medicare is single a

By analogy to Canada, we are similar. We have a somewhat smaller percentage of GDP spent on health. It is 8.5 per cent. We have a system that is much more complex in its federal state relation between federal government and state governments, with the federal government running directly reimbursements for medical services and pharmaceuticals and with the states running the hospitals, as in the Canadian provinces. There are large transfers of money from commonwealth government to state governments, unlike your arrangements where the provinces raise their own. We have a much bigger private sector than in Canada, with a strong private health insurance system that has strong government support – both financial and political –underpinning that health insurance system. It finances a wide network of private hospitals in particular.

I think the similarities between us are probably greater than the differences compared with other countries.

 $\textit{Dr. Richard Madden, Director, Australian Institute of Health and Welfare } \\ (21:4)$

national program, whereas Canadian Medicare is an amalgam of separate provincial and territorial health care insurance plans. In Australia, the national government plays a stronger role in health care than does its Canadian counterpart and it is more able to take unilateral action when reforms are undertaken.

Australia's health care system differs from the Canadian in the following main ways: 1) public coverage is much broader in Australia; 2) user charges and extra-billing for publicly insured services provide non-tax sources of revenue to the health care sector; 3) private insurance both complements and competes with public coverage. One factor that may have contributed to the ability of the Australian health care system to provide broader coverage is the willingness to employ user charges and extra-billing and to allow private insurance.

In Australia, the Commonwealth government operates a national Pharmacare program, the PBS. It is the view of the Commonwealth government that the PBS has succeeded in containing the cost of prescription drugs for a number of reasons. First, since 1993, the PBS does not list a drug on its formulary unless it receives a positive assessment with respect to safety, quality, effectiveness and cost-effectiveness. Second, higher user charges are required for brand-name drugs when generic copies are available. And third, a "reference pricing" mechanism ensures that the government subsidizes only up to the price of a lower-priced drug that is therapeutically interchangeable with, or equivalent to, the prescribed drug.

Overall, the PBS subsidizes about 75% of all prescriptions in Australia, and the average subsidy is 57% of the prescription cost. According to Colleen Flood, Professor of Law at the University of Toronto, although this is a significant contribution by patients, it is in the context of a coherent national system that ensures access for those to whom cost would be a barrier. ⁶

Physicians in Australia may extra-bill. Therefore, they are not wholly dependent on the government for remuneration. They can bill patients at rates of their own choosing above the scheduled fee. As a result, they have accepted a considerably lower level of public remuneration than is the case in Canada.

It is legal in Australia to obtain private health care insurance to cover: 1) part of the cost of physician services provided in public and private hospitals to private patients and that is not covered under Medicare; 2) all other hospital costs incurred by private patients in public or private hospitals. However, private insurance is prohibited for physician services rendered outside of hospitals. It has been suggested that this prohibition has created some "perverse" side-effects (see below).

The Commonwealth government strongly encourages Australian residents to acquire private health care insurance. More specifically, it offers holders of private health care insurance a subsidy of 30% of the cost of that insurance. This rebate for private insurance premiums is available to all, regardless of income, as a 30% refundable tax credit. This rebate represents an average of A\$800 in savings annually (or about \$600CAN). The

⁶ Colleen Flood, Profiles of Six Health Care Systems: Canada, Australia, the Netherlands, New Zealand, the UK, and the US, 30 April 2001, p. 12.

objective of the Commonwealth government is to have about one-third of the population participate in private insurance schemes.

Since July 2000, the 30% rebate legislation stipulates that the private insurance company must offer policies with no gaps between the medical scheduled fee and the fee charged by doctors. This provision, called the "no gap/known gap", is intended to reduce the gaps and to make the extra charges known to patients. Prior to that reform, private insurance covered only scheduled medical fees, and actual fees charges could be much higher: two patients could be given exactly the same treatment for which the private patient received a large bill not reimbursed by private insurance, while the publicly insured patient never saw a bill."

A "Lifetime Health Cover" was also introduced in July 2000. Under this system, individuals aged 30 years or less who purchase private health care insurance pay lower premiums throughout their life compared with someone who joins later in life. Over the age of 30, a 2% increase in premiums over the base rate is tacked on for every year a person delays in joining. This initiative is expected to reduce premium rates by encouraging more younger and healthier people to take out private insurance and by discouraging people from joining prior to treatment and leaving following the treatment.

According to Carolyn Hughes Tuohy, Professor, Department of Political Science at the University of Toronto, it remains unclear whether a very large public subsidy for private health care insurance is an effective use of public funds. She suggests that directing an equivalent expenditure toward public treatment in public hospitals would be more effective.⁸

During the Committee's hearings, Dr. Roger Kilham, from the Australian Medical Association, suggested that private insurance for hospital services in Australia has resulted in rationing in the public system (in the form of longer waiting times) and in queue jumping:

(...) there is more rationing in the public sector. People do not get access. It is very common to meet someone who has waited five years to get a hip replacement or even longer for a knee replacement. There is a lot of rationing in the public sector. We call private health insurance "queue-jumping insurance." Basically, it buys a place further up the queue. That is the reality and that is why people like it. They can jump queues if they have the money to do so. 9

More public funding was provided to deal with to longer waiting lists. According to Russel Schneider, CEO of the Australian Health Insurance Association, this did not solve the problem:

⁷ Jane Hall, "Incremental Change in the Australian Health Care System," Health Affairs, May/June 1999, p. 95-110.

⁸ Carolyn Hughes Tuohy, The Political Economy of Health Care Reform: A Cross-National Analysis, 30 April 2001.

⁹ Dr. Roger Kilham (21:8).

Waiting lists at public hospitals are a political problem that varies from time to time. Governments have tried to solve the problem by putting more financial resources into the public sector, but the tendency seems to be the same as it is anywhere else in the world. More money does not reduce waiting lists. All it does is allow those people who were not on the waiting list before to get put on to it. 10

This was echoed by Dr. Roger Kilham who noted:

Our experience is every time the state government announces a program to deal with waiting times, the waiting times get longer. Because we have this ability within the system to switch from the public to the private and back again, each time the government says it will spend more money to reduce the waiting lists, expectations of service in the public sector increase and people then rejoin the public sector lists. In reality, programs to reduce waiting times do not work; they only relocate the business in the public sector. 11

Russel Schneider also indicated that restricting private insurance to in-hospital services has created "perverse incentives":

One of the difficulties is that all non-hospital medical treatment is funded by a single source, which is the government, and possibly a patient care payment. Health insurance does not apply to non-hospital medical treatment.

That leads to some perverse incentives within the system, because from both the doctor's point of view and the patient's point of view, the level of rebate for a particular service will be greater if that service is performed in an in-hospital setting, than if that same service were performed outside the hospital. That could probably be a criticism of our system.

It also makes it difficult for insurers to exercise effective cost-containment by the support of primary care interventions, or primary care treatment, for their populations. Consequently, there is a defect in the system. This is a very politically controversial statement, but we would achieve a better health care system if we were able to redirect the energies of the private sector and the public sector into primary care interventions, rather than funding high-cost, high-tech hospitalization, which is where insurers are confined at the moment. 12

¹⁰ Russel Schneider (21:33).

¹¹ Dr. Roger Kilham (21:33).

¹² Russel Schneider (21:10).

HEALTH CARE IN GERMANY

2.1 Government Responsibility

Germany is a federal republic consisting of a national (federal) government and 16 state governments (known in Germany as Länder). Decision-making powers with respect to health care are shared between the two levels of government¹³:

The federal government provides the regulatory framework for health care at the national level. National health care policy rests essentially on the principles of statutory social insurance (often referred to in Germany as the "Bismarck model"). The federal government has the authority to regulate Sickness Funds (described below) and private health care insurance. It is also responsible for long term care policy as well as for reference pricing policy with respect to prescription drugs.

The **Länder** are responsible for the delivery of health care. They own many hospitals, along with local governments and charitable organizations. They are responsible for maintaining all hospital infrastructure in their jurisdiction, independently of actual ownership. Länder have the authority to finance medical education and supervise health care professionals. They are also responsible for public health, health promotion and disease prevention.

2.2 Health Care Insurance and Coverage

Health care insurance in Germany is organized into three different schemes: 1) Sickness Funds; 2) private health care insurance; 3) public coverage by the federal government for military personnel, police officers and social welfare recipients.

Public health care insurance in Germany is administered by some 453 Sickness Funds. These Sickness Funds are private non-profit organizations that are structured on a regional and/or occupational basis. Sickness Fund membership is compulsory for employees with gross income lower than DM 77 400 (data for 2000) or around \$63,000 CAN and is voluntary for those above that level. Sickness Funds provide health care coverage both to members and to their spouses/dependants. Although all Sickness Funds are regulated at the federal level through what is known as the "Social Code Book," they are essentially run by representatives of the employees and employers.¹⁴

¹³ Following unification in 1990, the health care system of the former German Democratic Republic was reformed to match that of the Federal Republic of Germany.

¹⁴ While Sickness Funds are private non-profit organizations, they are regulated by government to a point that they can be more accurately described as quasi-public entities.

Under national legislation, Sickness Funds have the right to raise contributions from members and to determine their own contribution rate. Contributions are based on taxable income and are shared equally between the employee and his/her employer. In 2000, members of the Sickness Funds and their employers were required to contribute jointly an average of 13.5% of monthly gross income (or 6.75% each). For employees with an income below a certain threshold, employers make contributions. 15

Public health care coverage is much broader in Germany than in Canada. In fact, the German health care system is among the most comprehensive in the world. Sickness Funds are required under the Social Code Book to provide coverage for: physician services, hospitals, prescription drugs, diagnostic services,

(...) the German statutory health care system is part of the German social security system. It works on the same principle as the pension system and the unemployment system. This means that the financing of the system works on the basis of contributions. Contribution rates are carried by employees and employers, each carrying half of the contribution. When people retire, the contribution is paid from the pension system.

We have a system that is financed without taxes. It is financed on a contribution base. This is very important. It is a system that is organized by law but is not run by the government. Our system is different from the typical national health care system.

This system is carried by the sickness funds. The sickness funds are not government parts. They are not private companies. I would describe them as non-profit institutions which work on the basis of federal law but have their own contribution rates.

Georg Baum, Director General, Head of Directorate, Health Care, German Health Ministry (20:5).

dental care, rehabilitative care, medical devices, psychotherapists, nursing care at home, medical services by non-physicians (physiotherapists, speech therapists, occupational therapists, etc.) and income support during sick leave.¹⁶

In Contrast to Canada, user charges may be required for publicly-insured health services. In 2000, user charges, whose levels are determined in national legislation, applied to the following:

- prescription drugs (between DM 8 to 10 or \$7-8 CAN depending on pack size or 100% of price above the reference price);
- dental care (a coinsurance payment that varies from 35% for some services to 50% on crown and denture treatment, depending on the case);
- hospital services (DM 17 per day or \$14 CAN);
- rehabilitation services (DM 17 per day or \$14 CAN), and
- ambulance transportation (DM 25 per trip or \$20 CAN).

¹⁵ In the case of retired and unemployed people, the retirement and unemployment funds take over the financing role of the employer.

¹⁶ Psychologists specialized as psychotherapists have become members of the physicians' associations and therefore no longer have the status of non-physicians.

User charges are subject to an annual threshold: once they have reach this limit, Sickness Fund members are exempt from further charges. Some individuals are exempted from paying any user charges, such as people with low income, those receiving unemployment benefits or on social welfare, children and the chronically ill.

Private health care insurance is available to individuals whose annual gross income is superior to DM 77 400 (\$63,000 CAN) and who have voluntarily opted out of their Sickness Fund. Private coverage is currently offered by 52 private insurance companies. Since re-entry of privately insured people into Sickness Funds is not permitted under ordinary circumstances, private insurers are obliged to offer an insurance policy with the same benefits as the Sickness Funds at a premium that is no higher than the average maximum contribution in the Sickness Funds. However, premiums in the private health care insurance sector are risk-related and reflect the medical history of the insured individual (this contrasts with Australia where premiums charged by private insurers are community-rated). Further, unlike Sickness Funds, private health care insurers require that separate premiums be paid for spouses and dependants.

Private health care coverage is also available to self-employed people who are excluded from the Sickness Funds. Private insurers also provide coverage to public servants who are also excluded *de facto* from participating in Sickness Funds as their health care bills are reimbursed at 50% by the federal government (private insurance covers the remainder). Finally, private health care insurance can offer supplementary benefits to members of the Sickness Funds (Sickness Funds are not legally allowed to offer these extra benefits).

Overall, 88% of the German population is covered under Sickness Funds: 74% are mandatory members and their dependants, while 14% are voluntary members and their dependants. Some 9% of the German population are covered under private health care insurance, mostly high-income earners; another 2% are insured by governmental insurance (police officers, military members, etc.). Less than 1% of the population has no health care insurance at all (according to testimony, they are usually self-employed people who have decided not to purchase private insurance).

2.3 Funding for Health Care

The public share of overall health care spending is higher in Germany (75%) than in Canada (70%). Private sector funding in Germany accounts for the remaining 25% (see Appendix).

Contributions to the Sickness Funds constitute the main source of financing health care in Germany (70%). User charges by patients fund the next largest share (12%), while the balance of funding comes from general taxation (7%), private health care insurance (7%) and other sources (4%).¹⁷ General taxation is used to reimburse some of the health care expenditures incurred by public employees, persons on welfare, subsidies for the farmers' funds.

¹⁷ OECD Health Data (2000).

2.4 Management and Provision

In Germany, a national body, called the "Advisory Council for Concerted Action in Health Care," is responsible for setting guidelines with respect to the rate of growth of health care spending. These guidelines must be taken into account in the determination of physician remuneration and of hospital budgets.

Primary care is organized almost exclusively on the basis of office-based physicians. The majority of physicians have solo practices — only 25% share a practice. Patients are free to select a Sickness-Fund-affiliated doctor of their choice. German doctors do not act as gatekeepers of the system and patients can go directly to specialists practising outside hospitals. As a result, both general practitioners and specialists carry out primary care. Primary care doctors, however, do control access to hospital care.

Primary care physicians are paid on a fee-for-service basis. At the beginning of each year, in each Länd, the Sickness Funds and the regional medical associations negotiate an overall remuneration package. Then, the medical associations distribute this total allotment according to a Uniform Value Scale (UVS). This scale lists all medical services that can be provided by physicians and allocates a point value to each service. At the end of each quarter, every office-based physician invoices his/her association for the services delivered. Physicians, however, do not know exactly how much they will earn since the monetary value of a single service may decline if physicians are performing too many services in any one category. As in Canada, physicians cannot extra-bill patients insured under Sickness Funds.

Although Sickness Funds and private insurers use the same scale for remunerating primary care physicians, they each assign different point values. Private insurers generally provide a higher remuneration for the same services compared to the Sickness Funds. Moreover, physicians treating privately insured patients are not subject to budget caps as occurs with Sickness Funds. Therefore, physicians obtain a higher remuneration when treating privately insured individuals in Germany. Further, it is permissible for physicians to extra-bill privately insured patients.

There are about 2030 general hospitals in Germany: around 790 (39%) are publicly-owned, 820 (40%) have private non-profit status and 420 (21%) are private for-profit hospitals. The Länder are responsible for developing all "hospital plans." These plans determine how many hospitals are required in each region. They also list for every hospital the specialities that are necessary, and the number of beds per specialty.

While the Länder are responsible for the flow of capital investment into the hospital sector, the Sickness Funds/private insurers are responsible for funding hospitals' operating costs. Prior to the 1990s, hospital remuneration by Sickness Funds was done through a per diem rate which was uniform within a hospital and independent of actual diagnosis, amount of care, or length of stay. Rates varied among hospitals depending on their size and structure and thus on the spectrum of services available. As a result, the general per-diem rate led to wide cross-subsidization across medical departments in hospitals.

In the 1990s, the federal government introduced several changes to hospital financing. Remuneration of hospitals now consists of three parts: 1) a general per diem typically covering food and lodging; 2) a ward specific compensation for additional resources spent in a given hospital department; and 3) a lump-sum remuneration for specialized treatment services (such as cancer treatment and organ transplants).¹⁸

Doctors employed in public hospitals are paid on a salary basis. Non-profit hospitals and the doctors working in them receive payment in the same fashion as their public hospital counterparts. Arrangements in the private for-profit hospitals are somewhat different. There, doctors are paid on a fee-for-service basis according to a schedule that is laid out by the federal government. A part of each fee received by doctors working in private for-profit hospitals is given to the hospital.

As in Australia, national legislation in Germany enforces therapeutic reference-based pricing for prescription drugs as the reimbursement method under the Sickness Funds. Reference prices are set through an ordinance issued by the federal minister of health. To contain drug costs further, in 1996 the federal government introduced a list of drugs which were not entitled to public reimbursement. There are plans to develop a positive list of reimbursable prescription drugs (national formulary).

2.5 Particularities

The health care system in Germany shares many similarities with the system in the Netherlands (see Chapter 3), but it is very different from that of Canada. First, social insurance (based on employee and employer contributions which vary with income) is the main source of health care funding in Germany and not general taxation revenue as in Canada. Second, the revenue generated from these income-related contributions is not managed by government but by the Sickness Funds themselves. Third, public health care coverage is more comprehensive in Germany than in Canada. Fourth, user charges are permitted for a variety of publicly-funded health services in Germany, while they are prohibited in Canada. Finally, private health care insurance plays a more important role in Germany than in Canada.

Privatization is another important feature of the German health care system. As in Canada, physicians have their own private practice and community pharmacies operate privately. The hospital sector in Germany is a mixture of public, private non-profit and private for-profit hospitals. Like Australia, but unlike Canada, private health care insurance in Germany coexists alongside the statutory Sickness Funds.

Three elements of the German health care system are of particular interest. The first concerns competition among Sickness Funds. The second relates to the lack of integration between the primary care sector and the hospital sector. The third element is the introduction of statutory long-term care insurance in 1994.

¹⁸ This system is similar to the Diagnostic Related Groups currently in place in the United States (see Chapter 6).

2.5.1 Competition Among Sickness Funds

Traditionally, individuals had no choice over their Sickness Funds and were assigned to the appropriate fund based on geographical and/or job characteristics. This mandatory distribution of fund members led to great variation in contribution rates due to different income and risk profiles. 1996, however, individuals enrolled in a regional or employment-based Sickness Fund have had the right to choose another Sickness Fund. To ensure a level playing field, the federal government also established in the same year a "risk structure compensation scheme" that requires all Sickness Funds to equalize differences in contribution rates (due to different income levels) and expenditures (due to age and sex). The free choice of fund and the risk structure compensation scheme have led to members moving between funds,

We have an equalizing financial distribution system between the sickness funds. With this instrument, we are able to balance the contributions so they are more equal. At the moment, we are making additional efforts to create a more sophisticated money distribution system between the sickness funds.

We have four factors. They are income, which is one aspect of money distribution; sex: male or female; the number of people insured by one contribution payer - we have the family system, and age. Those are the four relevant factors for one sickness fund to pay into another sickness fund.

Georg Baum, Director General, German Health Ministry (20:18)

from those funds with higher than average contribution rates to those with lower than average rates, as well as to a narrowing of the gap between the various contribution rates.

2.5.2 Lack of Integration

Before 1993, primary care physicians were not allowed to treat patients in hospitals and hospitals could not provide outpatient surgery and services, which were provided by general practitioners, specialists or dentists. German hospitals had to concentrate on inpatient care. This led to many inefficiencies, including duplication of technical equipment and repetition of diagnostic tests.

Hospitals in Germany have been allowed to offer surgery on an ambulatory or day-case basis only since 1993. As well, general practitioners and specialists have been given access to a certain number of hospital beds to perform treatment inside hospitals. It has now become easier for doctors involved in providing ambulatory services to be involved in inpatient care and there are also greater possibilities for the joint acquisition of high cost technical equipment.

2.5.3 Long-Term Care

Historically, long term care in Germany was only available in hospitals. Therefore, at times people were admitted for non-medical reasons. To rectify this situation, in 1994 the federal government introduced a separate piece of legislation regarding statutory long-term care insurance. All members of Sickness Funds as well as people with full-cover private health care insurance were declared mandatory members of the long-term care insurance scheme, which is administered by both the Sickness Funds and the private

insurers. Members and their employers must contribute jointly 1.7% of monthly gross income (or 0.85% each).

Everybody with an entitlement to nursing care is given the choice between monetary support for home care delivered by family members or professional services as inkind benefits. In addition, caregivers who care for family members at home can attend training courses free-of-charge and are insured against accidents, invalidity and old age. For persons needing long-term, institutionalized nursing care, benefits are available for day or night clinics, as well as for institutionalized care in old age or special nursing care home.



HEALTH CARE IN THE NETHERLANDS

3.1 Government Responsibility

The Netherlands has a unitary system of government.¹⁹ It is, however, a highly decentralized country with 12 provinces and 646 municipalities. Each province has its own representative body and its own responsibilities in many fields of jurisdiction. However, their role in health care is rather limited. Health care policy-making in the Netherlands has to a great extent been monopolized by the national government.²⁰ This contrasts to Canada, where health care is a shared responsibility between the federal government and the provinces.

The national government of the Netherlands has responsibility for, and financial control over, most aspects of the health services. In contrast to Canada, the government's financial contribution to health care through general taxation is relatively low, accounting for less than 10% of total health care spending.²¹ Like in Germany, most of the public funds allocated to health care in the Netherlands are raised by the social insurance system through employers' and employees' contributions.

The role of the Dutch government in regulating the health care

The Dutch have a unitary state, yet they do not have direct provision of services. What they have - and it is not only in the health sector but also across other policy sectors - is something called steering or guiding. In fact, even when one uses the word "control," it certainly guides behaviour, and there can be penalties, it does not have that same feeling of lockstep control because there is so much persuasion involved in the system.(...), if the government notices a pattern shifting, it will think about the impact of that and then tinker with ways to raise or lower that pattern."

Dr. James Björkman, International Institute of Social Studies of the Netherlands (15:19)

system is a significant one. Amongst other things, it requires certain groups to buy insurance, closely regulates insurers for fiscal stability, monitors negotiations between purchasers and providers, and sets a target budget that signals its wishes to all parties concerning health care expenditures.

3.2 Health Care Insurance and Coverage

The health care system of the Netherlands is similar to the German system, but very different from that of Canada. There is no single public health care insurance plan

²¹ Ministry of Health, Welfare and Sport, Health Care Insurance in the Netherlands, July 2000, p. 7.

¹⁹ The Netherlands is a constitutional monarchy with a written constitution (last revised in 1983). Executive power lies with the Crown and legislative power rests with both the Crown and the bicameral Parliament.

Maarse, J. A. M. (Hans), "The Health System of the Netherlands" in Health Care and Reform in Industrialized Countries (University Park, Penn.: The Pennsylvania State University Press, 1997), pp. 135-36.

covering everyone as there is in Canada, but a mixture of public, social and private health care insurance schemes. Every Dutch citizen is guaranteed access to health care insurance, although certain categories of people (high income earners) are not obliged to purchase it (yet just about all of them do). Unlike the situation prevailing in Canada, user charges in the Dutch health care system are not perceived as impeding access to health care and may be required at the point of service.

In the Netherlands, a distinction is made between what is seen as "normal medical care" and the "exceptional costs" associated with long-term care or high-cost treatment, where the risk is such that it cannot be borne by individuals or adequately covered by private insurance. More specifically, there are three different categories of health care insurance:

3.2.1 Insurance for Normal Medical Care

The first category of health care insurance deals with "normal medical care." Normal medical care includes all medical and surgical treatment by general practitioners and specialists, some dental care, and prescription drugs. Coverage for normal medical expenses is available through a variety of health care insurance plans, some of which are public and some of which are private (and voluntary). More specifically, there are three forms of insurance covering normal medical expenses:

- 1. Public coverage is governed by national legislation, the Health Insurance Act, and is provided through social health care insurance or "Sickness Funds." Sickness Funds are private non-profit institutions that cover everyone who earns below a designated income level (for 2000 this was set at 64,600 Dutch guilders, or about \$42,000CAN). Sickness Fund membership for this group of the population is mandatory, and more than 64% of the Dutch population currently belong to these funds. The employee and his/her employer must pay a premium whose maximum level is fixed by regulation. Patients may also incur user charges for health services covered by their Sickness Funds, subject to an annual threshold (200 Dutch guilders or about \$130CAN). There are over two dozen Sickness Funds. They used to be regionally based, but as a result of reforms undertaken over the past 15 years each Sickness Fund now serves the entire country. People can select which fund they wish to join and the funds compete with one another for members. As in Germany, the funds pay health care providers directly the agreed fee for a given service, so for Sickness Fund members no exchange of money takes place between patients and doctors (other than user charges, where applicable).
- 2. People earning over the prescribed income limit are entitled to purchase voluntary private health care insurance, and most of them do (31% of the Dutch population). Those who have private

insurance do not have to pay the income-related contribution that finances the Sickness Funds. Private insurers are both non-profit and for profit. Some of the non-profit insurers are owned by the Sickness Funds while others are "mutual" insurers, owned by their shareholders, or run by large multinational corporations. The for-profit insurers are mostly large, multi-line insurers whose activity is not limited to health care, but also include life, home and automobile insurance. People with private health care insurance pay providers for the cost of care and are subsequently reimbursed by their insurer. Private insurers must accept all those who apply for coverage that is equivalent to that offered under the Sickness Funds. User charges and premiums required in private health care insurance schemes are subject to national legislation.

3. The third form of coverage for normal medical expenses applies to civil servants employed at all levels of government, who make up the remaining 5% of the Dutch population. The scheme is mandatory and patients are generally reimbursed for 80-90% of their medical expenses. Coverage is slightly broader than that offered by the Sickness Funds (partial reimbursement is offered for dental crowns and bridges, contact lenses, chiropractic treatment, etc.) and is administered by 12 special private insurance arrangements.

3.2.2 Insurance for Exceptional Medical Care

The second category of health care insurance is provided under the Exceptional Medical Expenses Act. This is the only national, mandatory health care insurance plan, that covers the entire Dutch population. This scheme, which is often referred by its Dutch acronym "AWBZ," covers exceptional expenses such as long term care (nursing homes), mental illness, physical disability, etc. Anyone who is insured for normal risks by any other insurer is automatically entitled to benefits under the exceptional expenses scheme. In this way, people only deal with a single insurer who administers all their benefits regardless of the source of the funding. The entire population must pay into these funds regardless of whether or not they use the services that they cover. The premium is set at a percentage of the employee's wage and is paid by the employer. Patients may be required to pay user charges for some services. The national government also provides grants to insured people under certain conditions to cover some services and treatments (such as abortion clinics, intensive care at home, prenatal and perinatal tests, etc.).

3.2.3 Voluntary Supplementary Insurance

The third category is voluntary supplementary insurance for forms of care regarded as less necessary, and which are not included in either of the other two categories. This resembles supplementary health care benefits that are provided by private insurers in Canada and that cover health services not insured publicly.

3.3 Funding for Health Care

The table presented in the Appendix to this report provides some information on health care spending in selected OECD countries. The OECD records the public share of total health care spending in the Netherlands at 70.4% for 1998.²² It is important to remember, however, that unlike Canada but as in Germany, the Dutch system for public health care funding is a form of social insurance. More precisely, the funds for the purpose of health care are raised through employers' and employees' contributions, not by general taxation. Social insurance funds are not managed by the Dutch government but by the Sickness Funds themselves. Less than 10% of total health care spending is generated through general taxation raised by the national government. The other sources of health care funding consist of private health care insurance premiums and user charges.

Sickness Funds are financed by three main sources. First, insured people and their employer must pay an income-related contribution whose maximum is set in national legislation. These income-related contributions are collected in a central pool which then distributes them to the various Sickness Funds. Second, since 1991, Sickness Fund members must also pay a nominal (flat-rate) contribution. This nominal contribution is set by each Sickness Fund and can therefore vary from fund to fund. This measure obliges the Sickness Funds to compete with one another. Finally, Sickness Funds receive an annual grant from the national government to cover the costs of some groups, primarily the elderly.

Health care for civil servants is funded through contributions from participants and employers. The participant pays both a nominal contribution and a percentage of the salary.

Private health care insurance premiums are voluntary, except when the policyholder is a pensioner or a person in a high-risk group. People in these groups are entitled to a standardized policy that is subsidized by the national government. Premiums required in private health care insurance schemes, as well as co-payments and deductibles, are based on the level of coverage that is purchased, subject to the limits established by national legislation.

The resources to cover the costs of the second category of insurance, the AWBZ scheme, are obtained from contributions and payments from the people insured. Contributions are collected together with income tax and represent a percentage of taxable income. The employer withholds the employees' contributions from their wages and pays them to the tax authorities. Insured people under the age of 15 are not liable for contributions. Funding for the AWBZ also includes direct national government grants, and user charges.

3.4 Management and Provision

As in Canada, most hospitals in the Netherlands are privately owned and operate on a non-profit basis. Many are affiliated with Protestant, Catholic or non-

²² OECD Health Data (2000).

denominational religious orders. The budget for hospital and other institutional services and the fees for health care providers are set during centralized negotiations between representatives of insurers and providers. Since 1983, Dutch hospitals have been funded using prospective annual global budgets negotiated with representatives of private insurers and the Sickness Funds. Prospective budgets are not linked to the volume of services provided, but depend on the size of the service area, the number of authorized beds and specialists and the number of contracts between the hospital and the insurers. These budgets apply to both public and private patients and cover nearly all costs incurred by a hospital apart from specialists' fees. Although the Dutch government is not involved in the negotiations surrounding hospital budgets, it must give its approval before construction of new hospitals or other major hospital investments may be undertaken.

As in Canada, most general practitioners in Netherlands operate a private practice. Each Sickness Fund member must choose a family doctor to register with from the list of those that the fund has contracted with, and cannot change for a year. Family doctors then act as gatekeepers to the rest of the system. Sickness Funds pay family doctors on a capitation basis (an annual fee per person), the fee being uniformly set for the whole of the Netherlands by regulated negotiations between representatives of practitioners and insurers. This contrasts with the situation in Canada, where general practitioners are remunerated on a fee-for-service basis and where the negotiations over physicians' remuneration also involve the government. Patients with private insurance pay their physician on a fee-for-service basis and are reimbursed by their insurer.

As in Canada, both the Sickness Funds and private insurers pay specialists on a fee-for-service basis. There are two fee schedules for specialists, one for services provided to Sickness Fund members and another for privately insured patients. Specialists who are employed by university hospitals and by psychiatric institutions are compensated on a salary basis. Pharmacists are paid on a fee-for-service basis by both public and private insurers.

3.5 Particularities

The most striking feature of the Dutch health care system is its reliance on private financing and delivery. Among the OECD countries, the Netherlands is second only to the United States in the share of private health care insurance, yet everyone has some form of insurance and user charges remain a relatively small fraction of the costs of health care (7% in 2000). It was not until the Second World War that the Dutch government became involved with health care on a major scale, and even then the long tradition of private ownership and provision of health services was never overturned, despite the introduction of extensive government regulation.

²⁴ OECD, Health Policy Studies No. 2, The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries (Paris: OECD, 1992), p. 92.

²³ Akved & H.E.G.M. Hermans, "The Netherlands" in Medical Law – Suppl. (Deventer and Boston: Kluwer Law and Taxation Publishers, 1995) at 25.

²⁵ Colleen Flood, International Health Care Reform: A Legal, Economic and Political Analysis (London: Routledge, 2000), p. 107.

According to Colleen Flood, the health care system in the Netherlands is characterized, as in Canada, by a strong commitment to ensuring access to health care on the basis of need and not ability to pay. However, she also indicated that the Dutch are much more open to using the regulation of private insurance to attain this objective than exists in Canada. Thus, while the Dutch are committed to the progressive

We[the Netherlands] are the only country in the European Union that has private insurance for over 30 per cent of its population for acute health care. We had to start regulating that private health care sector about 15 years ago. The only reason it still works - and this is a personal opinion - is that we had heavy regulation for all bad health risks within the private market and as such the rest of the market was able to survive.

Dr. Hugo Hurts, Deputy Director, Health Insurance Division, Ministry of Health of the Netherlands (15:7)

funding of health care, in the sense of having people contribute according to their means, they are not committed to public funding for its own sake.²⁶

According to Professor Flood, the Dutch system for the provision of "normal" health care would appear to be susceptible to becoming a "two-tier system," the sort of system feared by many in Canada. However, she noted that two factors help prevent this from happening. First, those who purchase private health care insurance cannot fall back on the public system for some of their health care needs. Private insurers must cover all needs and not just skim off the easier kinds of care like elective surgery (as happens in the United Kingdom). Second, having private insurance does not enable Dutch citizens to jump queues in the public system. It is seen as against a physician's ethical code to prefer a patient with private insurance to other patients, and both kinds of patients are treated side-by-side in the same hospitals.

The health care system in the Netherlands has been the subject of many proposals for reform over the last 15 years. In 1987, the Dekker Commission, set up by the national government, released a report containing a full set of recommendations. Had these been fully implemented, they would have reduced the degree of government control and introduced more market-oriented elements, changing the Dutch health care system in two fundamental ways.

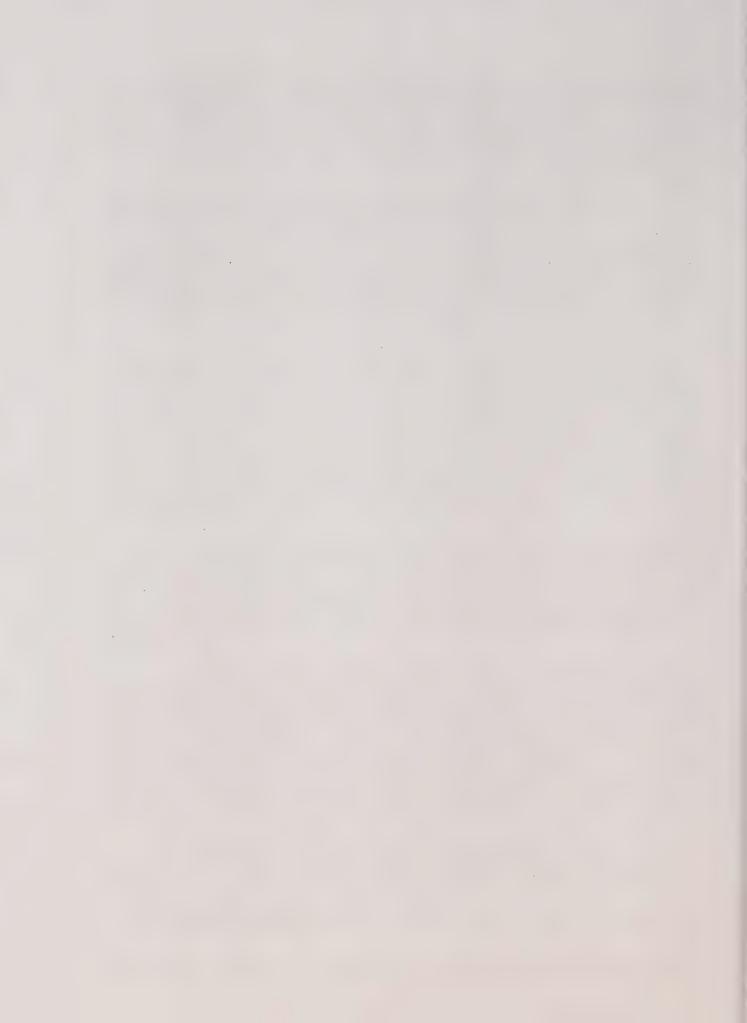
First, the Dekker Commission recommended that all health care insurers (both Sickness Funds and private insurers) be integrated and that a basic benefits package be defined. Under the proposed plan, consumers would continue to have a choice among competing insurance plans, but the distinction between Sickness Funds and private insurance would essentially disappear. Instead, every insurance plan would be obliged to offer at least a minimum degree of coverage specified in regulation by the national government. This was supposed to give consumers a wider range of choice, allowing them to select from amongst all the available health care insurance plans the one that offered the insurance features and premium levels that best corresponded to their individual situations.

Second, the Dekker Commission recommended that all health care insurers be given the freedom to contract with health care providers (general practitioners, specialists,

²⁶ Colleen M. Flood, Profile of Six Health Care Systems: Canada, Australia, the Netherlands, New Zealand, the United Kingdom and the US, 30 April 2001, p. 13.

hospitals). The idea was that this would allow insurers to compete with one another in order to attract members based on the level and kind of care that their particular mix of providers was able to supply. The two new kinds of competition — amongst the insurers to attract members to their plans and among providers to obtain contracts with health care insurers — were to be introduced in the hope that this would help contain costs and lead to a more cost-effective health care delivery.

Only a limited number of the Dekker proposals were introduced between 1989 and 1993. In particular, the Sickness Funds were allowed to expand across the country and people who were insured by them were given the right to freely choose their insurer. As well, people insured under the Sickness Funds must now pay a nominal contribution, in addition to their income-related contribution. However, since 1994, successive national governments have decided to scrap further implementation of the Dekker reforms and to opt for gradual change within the existing system made up of three separate health care insurance schemes.



HEALTH CARE IN SWEDEN

4.1 Government Responsibility

Although Sweden has a unitary political system, it has, in practice, a high degree of decentralization – so much so that in many ways it resembles a federal system. As in Canada, health care in Sweden is a shared responsibility between the national and subnational governments. In Sweden, these are the 26 county councils and 288 municipalities.

- The national government is responsible for public policy matters and legislation related to health care and health care insurance.²⁷ In addition, the national government transfers funds for the purpose of health care to the county councils and municipalities.
- The county councils²⁸ have full responsibility for the management and delivery of health care to their residents, subject to national legislation. This responsibility includes primary care, hospital care, prescription drugs, public health and preventive care. County councils provide most funding for health care through taxation applied within their boundaries.
- Municipalities are responsible for financing and operating home care and nursing homes for the elderly, the disabled and long term psychiatric patients. Like county councils, municipalities have the right to levy taxes on their population.

4.2 Health Care Insurance and Coverage

As in Canada, access to public health care insurance in Sweden is universal. However, in Sweden user charges are not seen as endangering access to publicly-funded health care and the county councils are free to require user charges, subject to certain limits established by the national government.

Public health care coverage in Sweden is considerably broader than in Canada, encompassing physicians, hospital services, drugs and dental care.²⁹ Long term care and

²⁷ The most important national legislation is the Health and Medical Services Act of 1982 which establishes the division of jurisdiction between the national government and county councils. The Act also imposes certain restrictions that apply to both the delivery and financing of health care by county councils. The national legislation does not define basic or essential health care or drug package.

²⁸ County councils are independent regional government bodies whose members are elected every fourth year concurrently with national and municipal elections. As of today, there are 23 county councils; 3 large municipalities (Gotland, Gothenburg and Malmo) have chosen not to belong to any county council and therefore have the same health care responsibilities as the county councils.

²⁹ Long term care in nursing homes and home care are not managed or funded by county councils, but by municipalities.

home care are also publicly insured for specific groups of the population (the elderly, the

disabled and long term psychiatric patients).

Canada, private health care insurance that covers the same benefits as public insurance is legal in Sweden, but it is only used by a very small minority of the population.

[User] fees are somewhat higher in the hospitals [than in primary care centres]. This is because the aim is to make the patient choose a less expensive and acceptable level of care in the individual situation.

(...)

The idea of this different fees is that you should make a judgement as to whether you need a hospital or if you you can seek the service or the care at the local health centre instead.

Lars Elinderson, Deputy Member, Swedish Parliament (19:6 and 19:7)

4.3 Funding for Health Care

As in Canada, health care in Sweden is financed predominantly by the public sector through a combination of general taxation and social insurance (ie. employer/employee contributions). Taxes are levied at the national, county and municipal levels.⁵⁰

The national government contributes to health care funding in two ways: through direct grants to the county councils (for physician and hospital services) and through the flow of funds from the broader social insurance system to designated health services delivered at both the county and municipal levels (doctors in private practice, prescription drugs, dental care, long term care and home care). The contribution by the national government to county councils is population-based, with certain additional adjustments to take account of the population's socio-economic status and other factors. This contribution represents about 10% of the county councils' total revenue. Funds from the national social insurance system are transferred to county councils and municipalities on a per capita basis.³¹

Most public resources that are used to pay for health care in Sweden are raised through income tax levied by the county councils. Each county council is free to set its own tax rate, at a level that is sufficient to cover its expenditures. The national government has, at times, imposed restrictions on the tax rates that county councils could levy. For example, during the late 1980s and early 1990s, the national government unilaterally froze the county council tax rates. Currently, the national government still exercises some control over the county council tax rate: those county councils that generate additional revenue by raising their tax rate suffer a reduction in the national government contribution equal to 50% of the additional revenue they raise themselves.

³¹ The social insurance system is headed by the National Social Insurance Board, Rickforsakringsverket. The system is compulsory for all individuals over the age of 16 and is funded mainly by payroll contributions, with the remainder made up of national grants.

³⁰ The national income tax is progressive (with a higher tax rate applying to higher taxable income). County councils and municipalities levy a proportional income tax (a flat rate on each person's taxable income). The base on which the county councils and municipalities levy their income tax is the basic national tax.

Municipalities are responsible for financing long term care and home care for specific groups of the Swedish population. They must reimburse county councils for nursing-home patients who have been hospitalized for acute care if these patients have been fully treated and could be discharged. The per diem fee level that municipalities must pay to county councils for these patients is set in regulations by the national government.

Private health care expenditures in Sweden are of two kinds: user charges paid by patients at the point of service and spending by private insurance companies. Spending by private health care insurance is minimal (only 2% of total health care expenditures), but user charges are more important. In contrast to Canada, user charges are required for publicly funded health services and they are levied on both physician and hospital services, as well as on drugs and dental care. Each county council determines its own user charge structure for out-patient care use.

Fees for in-patient care and prescription drugs are decided by the national government. The national government also specifies "stop-loss provisions" that limit the maximum amount any individual has to pay out-of-pocket for health services and drugs in any one-year period. Above this limit, there are no further user charges. Special provisions apply to persons with low income and persons under age 20 are exempt from user charges.

User charges required for hospital stays amount to about \$12 per day, and fees for primary care consultation with nurses and doctors range between \$15 to \$20. The stoploss provision set by the national government specifies that user charges for physician and hospital services per person cannot exceed \$135 in a given year. For prescription drugs, patients must pay the first \$135 per year and part of any additional cost up to a maximum of \$270 per year (for a total of \$405 annually).

In Sweden, user charges are regarded as "essential in order to make people choose the most economical service." In Sweden, user charges are not perceived as impeding access. Nor are they designed to raise money. In fact, the cost of administering the user charge scheme (collecting the fees and keeping track of how much an individuals has paid so that the cap is not exceeded) is almost as much as the total amount collected in user charges.

The Committee was told that the purchase of private health care insurance, although still limited to a small proportion of the Swedish population, is now growing at a fast rate due to waiting lists. This has resulted in the problem of queue jumping:

We have a very short tradition of private insurance in the health care system because the public health care system is supposed to cover everything for all individuals. Because of difficulties with accessibility, waiting lists and things like that, some people (...) have bought private insurance to have quick access to hospitals when they need it. (...) The growing rate of the number of insured, or people on private health care insurance, is some 80% or something like that now. It

is growing very fast due to the normal waiting lists and the problems within the system today. ³²

4.4 Management and Provision

Responsibility for health care management and delivery rests primarily with the county councils. There are, however, national laws that oblige each county to offer all types of necessary care to all citizens, regardless or their ability to pay or where they live.

County councils own the local primary care centres, where patients are seen by doctors or nurses. Most doctors and nurses are salaried employees of the county council. Only a limited number of doctors (less than 10%) run a private practice. This contrasts to Canada where most doctors operate their own practice privately and are remunerated on a fee-for-service basis under the public health care insurance plan. Publicly employed doctors in Sweden are not allowed to practice privately on a part-time basis.

County councils in Sweden have the authority to negotiate the establishment of private physician practices and the number of patients they can see during a year.³³ Since the private physician must have an agreement with the county council in order to be reimbursed by public health care insurance, the county councils are able to regulate the private health care market. As a matter of fact, almost all doctors that practice privately on a full time basis do so within the public system. If the private physician has not signed an agreement with a county council, then the patient has to pay the full cost to the provider.³⁴

The vast majority of hospitals are also owned by the county councils and their personnel, including doctors, are salaried employees of the county councils.³⁵ In comparison, most hospitals in Canada are private, not-for-profit organizations, and only a small minority of doctors are paid by salary. There are nine private hospitals in Sweden, most of them being located in the largest cities.³⁶ Public health care insurance does not reimburse patients for care received at these hospitals. It is only the well-to-do patients who can afford private hospital care.³⁷ According to Mr. Elinderson, Deputy Member of the Swedish Parliament, public hospitals are less productive and less efficient than privately-run hospitals:

We have a long tradition in Sweden of publicly run or operated facilities. Also, boards are populated by politicians, not professional doctors or lawyers and

³² Lars Elinderson (19:8).

³³ Funds to pay for private doctors are transferred to the county councils on a per capita basis by the national government through its social security insurance system.

³⁴ World Health Organization (WHO), Health Care Systems in Transition – Sweden. 1996, p.8.

³⁵ Depending of the county council, a patient may or may not need a referral in order to see a hospital-based specialist.

³⁶ "Swedish Health Care System Robust, Despite Regional Disparities," Ocular Surgery News – International Edition, May 1997.

³⁷ Margit Gennser, Sweden's Health Care System, The Fraser Institute, 1999.

other people who normally staff boards. I think that this has created a culture that is not very moderating for raising the productivity. That is the first point.

Second, the individual hospitals are not paid for performance. They have a fixed-budget system. All the staff, the medical professionals, are paid within the fixed salary system. This would not give any incentive for high productivity. These are two of the explanations. 38

Overall, privatization of health service delivery has been very limited in Sweden. With the exception of general ancillary services, most health services are still provided by facilities owned by the county councils.³⁹

In contrast to Canada, county councils in Sweden pay for all prescription drugs. Part of this payment is covered by a grant from the national government. All drugs prescribed by doctors and hospitals are purchased by a single national agency, Apoteksbolaget, a state-owned company which owns all community pharmacies and hospital pharmacies in Sweden. All pharmacists therefore are public employees. Apoteksbolaget, which operates its pharmacies under one-year contracts with the county councils, is required by national legislation to supply drugs at uniform prices throughout the country and at the lowest possible cost to both individual and society. Patients must defray the cost of their prescription drugs up to the maximum payable (\$405). They then receive a card entitling them to free prescription drugs for the remainder of the year.

4.5 **Particularities**

In 1992, the national government introduced the "care guarantee" which established a maximum waiting time not exceeding three months for diagnostic tests, hearing aid tests and certain types of elective surgery (treatment for coronary artery disease, hip and knee replacements, cataract surgery, gallstone surgery, inguinal hernia surgery, surgery for prolapse and incontinence). Subsequently, maximum waiting time guarantees were introduced for consultations with primary care doctors (8 days) and specialists (3 months).

The national government provided the county councils with additional funding specifically intended to shorten waiting times. In some cases, the county councils distributed these funds only to those hospitals that were able to guarantee that patients would be treated within the specified period of time.

It appears that the care guarantee led to a substantial reduction in waiting times, to the point where waiting lists "ceased to be a political issue." The care guarantee was abandoned when a new government was elected. This has resulted in a resurgence of long waiting lines. .

³⁸ Lars Elinderson (19:9).

³⁹ WHO, p. 13.

⁴⁰ Ake Blomqvist, International Health Care Models: Sweden, May 2001, p. 19.

The national government has also enacted legislation providing patients the right to freely choose the hospital in which they would receive treatment. Prior to that reform, patients requiring hospital treatment could only receive it in the hospital to which they were assigned, that is the hospital serving the area in which the patient resided. When a patient elects to receive care in a hospital other than the one to which he/she was originally assigned, a specified sum of money can be transferred from the budget of the latter to that of the former. County councils thus have to pay for services provided to their residents by another county council. The public at large have put considerable value on the increased freedom of choice this legislation offers. Many observers also claim it has produced a major change in the way patients scheduled for surgery are treated, as an incentive is created for each hospital to attract patients from other ones, or to prevent patients from going elsewhere.

In the 1990s, many county councils Sweden embarked approach called the split." "purchaser-provider This split simply consists in separating the purchasing of health care from its provision. The goal is to improve efficiency in publicly the funded health care system through greater management by purchasers (the county councils) and greater competition among providers (hospitals, primary care private centres, doctors). Under such a scheme, the purchaser seeks to contract with or employ only those providers that are more likely

In Sweden, the 20 county councils (...) implemented internal market reforms throughout the 1990s by removing hospitals from county council control.

This arrangement frees health authorities from becoming bogged down with the minutiae of running facilities such as hospitals. Instead, they can focus on assessing the needs of their population and establishing contracts with various health care providers in line with their assessments of where the priorities lie. It also removes the perverse incentives of a system where health authorities pay they bills without being able to direct priorities, and are unable to reward efficient providers. The balance of power is realigned as at least one body takes a population perspective rather than having service provision driven by the existing bricks and mortar and the providers (mainly doctors) who work therein. With an internal market, health authorities hold the purse strings and choose between providers on the basis of quality and cost, rather than simply funding the decisions of those using the resources.

Donaldson, Currie and Mitton, April 2001, pp. 7-8.

to enhance cost-effectiveness and efficiency. The contract between the purchaser and the provider specifies what services that are to be rendered to what part of the population and how the provider will be paid. However, it does not specify how the services are to be provided. A fundamental principle of the purchaser/provider split is that the provider will only be paid the amounts specified in the contracts. Any deficits incurred should be the provider's responsibility or should result in some form of future sanctions. Purchasers are also free to choose among competing providers in contracting for their population's care. According to experts, the experience with the purchaser-provider split in Sweden has been mixed.⁴¹

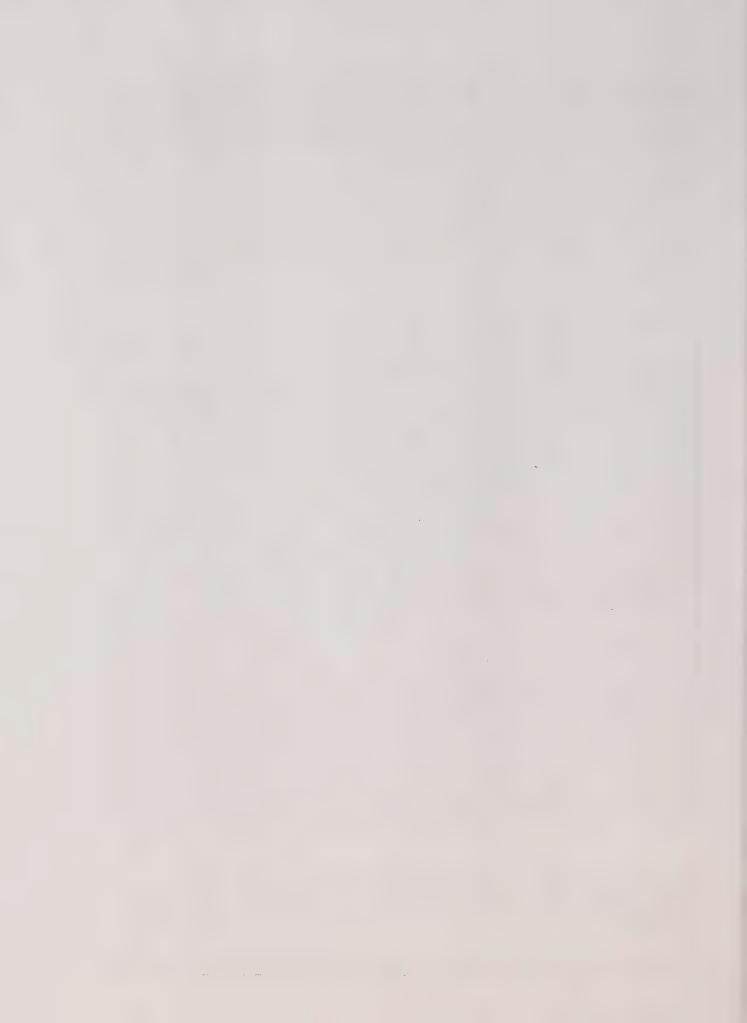
With its 26 county councils, the health care system in Sweden is highly decentralized, but the national government plays a significant role in regulating health care at

⁴¹ Blomqvist, p. 16.

the regional level. According to Professor Blomqvist, the division of responsibility for health care has not generated any major tension between the Swedish government and county councils.⁴² He concludes that "a study of the interplay between the county councils and Sweden's national government may contain useful lessons in assessing the methods we use in Canada to regulate federal-provincial relations."

⁴² Blomqvist, p. 12.

⁴³ Blomqvist, p. 1.



HEALTH CARE IN THE UNITED KINGDOM

5.1 Government Responsibility

While it has the same Parliamentary system as Canada, the United Kingdom is a unitary state comprising Great Britain (England, Scotland and Wales) and Northern Ireland. Since 1999, however, there are National Assemblies in Scotland and Wales and the legislative assembly in Northern Ireland was also re-established as a consequence of the negotiations there between the concerned parties. Even before devolution, each nation was responsible for managing its health care system, but the principles and functioning were basically the same throughout the United Kingdom.

The centralized nature of the United Kingdom state is reflected in the structure of its public health care system – the National Health Service (NHS). The NHS, which was established in 1948, still stands out as the most centrally managed and financed health care system in the world. The central government is not only involved in the financing of health services but is also heavily involved in the management and delivery of services. This contrasts sharply with Canada, Germany and Sweden where the responsibility for health care is shared between the different levels of government.

Responsibility for social care, such as long-term residential nursing care, is shared between local government, various social services departments and the NHS, which has led to long-standing problems of poor coordination.

5.2 Health Care Insurance and Coverage

As in Canada, all people normally resident in the United Kingdom are eligible for health care insurance coverage under the NHS. The NHS does not specify an explicit list of services to be covered. However, unlike Canadian Medicare, the NHS is more comprehensive as it covers physicians, hospitals, prescription drugs, dental care and optical services.

As in Canada, there are no user charges for physician services in the United Kingdom and hospital and specialist services are to be provided free-of-charge. However, user charges apply to prescription drugs, dental and optical services.

⁴⁴ As part of the process of devolution, the Scottish and Welsh Assemblies are now responsible for health care, leading to some differences with the prevailing system in England. This chapter concentrates on the common history of the health care system in the United Kingdom as a whole, and on recent changes in England, unless otherwise specified.

In the case of drugs, there is a flat charge (£6 or about C\$13.50⁴⁵) for each prescription written on the NHS. However, about 60% of the population benefit from exemptions, and around 80% of prescriptions are written for people who are exempt. The Committee was told that, despite these exemptions, changes in the user charges can have a noticeable impact both on government revenue and on the number of prescriptions dispensed.

Within the NHS, general dental services are subject to a considerable amount of co-insurance, with individuals paying 80% of the cost of their treatment up to a maximum charge set at £348 (C\$780) in 1999-2000. Here as well, certain groups, such as children, are exempt.

Unlike Canada, the United Kingdom does allow people to purchase private health care insurance that covers the same benefits as the NHS if these services are supplied by providers working outside of the NHS. Private insurance takes two main forms: employer-sponsored insurance (59% of the total) and individual insurance policies. In just under one third of the company schemes employees meet all or part of the premium costs. In 1996 there were 25 private health care insurers offering coverage in the United Kingdom. Seven of these were non-profit, provident insurers while the remaining 18 were commercial insurers. Two large insurers (PPP Healthcare and British United Provident Association [BUPA]) cover more than two thirds of those covered by private health care insurance. There is some degree of vertical integration in the private health care sector, as several of the large insurers are also amongst the major owners of the 230 medical/surgical hospitals that comprise the independent sector.

The proportion of people who purchase private health care insurance in the United Kingdom has historically been low, but has steadily grown in recent years to 11.5% of the population. Examination of the socio-economic status of people with private insurance indicates that it is heavily skewed towards higher socio-economic groups. The percentage of people with private insurance varies considerably across the country, approaching 20% in London, whereas in Scotland it is as low as 5%.

The lines between public and private can be fuzzy, as private patients can be treated in an NHS facility (in what is called a "pay bed" as well as in private

In terms of jumping queues, yes it happens. One of the major reasons given by people who take private insurance is they want the peace of mind of being able to have elective operations for themselves or their families more quickly or at more convenient times than if they must depend on the National Health Service. That is seen, of course, as a cause of unfairness, which is one of the reasons that the government is committed to bringing down waiting times for National Health Service patients as rapidly as it can.

Clive Smee, Chief Economic Advisor, Economic and Operational Research Division of the United Kingdom (20:35)

hospitals. Overall, surveys indicate that the most common reason people take out private health care insurance is to avoid waiting for elective surgery. The Committee was told that patients can begin their course of treatment in the private sector but end up in the NHS if

⁴⁵ The flat charge represented about 57% of the average prescription charge in 1998.

⁴⁶ There were an estimated 1400 dedicated pay beds in HNS private units in 1997, of which 39% were in London.

there are complications, if treatment beyond the scope of services that are available in the private sector is warranted, or if their insurance will not cover their treatment.

5.3 Financing for Health Care

In the United Kingdom, a larger proportion of health care spending is financed by the public sector (84%) than in Canada (70%). Like the public health care insurance scheme of Australia, the NHS is financed mainly through central government general taxation together with an element of national insurance contributions made by employers and employees. User charges account for less than 3% of total NHS financing.

The various waves of reform that swept across the health care system in the United Kingdome in the course of the 1990s have not significantly altered the ratio between public and private spending, as they have concentrated on introducing reforms within the publicly-funded system.

Because NHS spending dominates overall expenditures on health care in the United Kingdom, and because public spending is subject to tight cash limits, the level of spending on health care is the subject of intense political debate. One advantage that is often cited for the kind of centralized system that exists in the United Kingdom is that it permits a greater degree of overall cost control. This is illustrated by the fact that spending on health care in the United Kingdom in 1998 only represented 6.7% of GDP, compared to 9.5% for Canada, 10.6% for Germany and 13.6% for the United States.

5.4 Management and Provision

It is in the area of the management and provision of health services that many significant reforms of the health care system in the United Kingdom have been undertaken over the past decade. These reforms, which were established during the tenure of Prime Minister Margaret Thatcher, created an 'internal market,' meaning that certain market-oriented principles were introduced into the publicly-funded health care system. More precisely, the reforms referred to as the "purchaser-provider split" affected the relationships between the regional health authorities and the hospitals, while the establishment of "GP Fundholding" modified the organization and shape of general family practices. The Labour government of Tony Blair, elected in 1997, was critical of the internal market; it has since modified a number of significant features of the system, but has not sought to return it to its original form.

5.4.1 Hospital Services

Until 1990, NHS hospitals were state-owned and operated by the NHS through its regional health authorities. The budget of each regional health authority was determined by the central government by means of a weighted capitation formula based on the health care needs of the regional population. Each hospital's budget was then determined regionally through an administrative process involving negotiations between its management and the relevant regional health authority. Hospital specialists were salaried

employees of the NHS (but were also permitted to operate a private practice in parallel to the NHS).

A major critique of such a system was that regional health authorities were contracting, or purchasing, services on behalf of their local populations, but at the same time they were running the local hospitals. Thus, they had a pronounced conflict of interest aimed at protecting those hospitals.

In 1991, under the reforms of the Thatcher government, regional health authorities ceased to manage hospitals and became responsible, as purchasing organizations, for contracting with NHS hospitals and private providers to deliver the services required by their resident populations. Hospitals, for their part, were transformed into NHS Trusts; that is, not-for-profit organizations within the NHS but outside the control of the regional health authorities.

NHS trusts were expected to compete for contracts from health authorities and general practitioners for the provision of clinical services. Each trust was expected to generate income through service contracts with purchasers and had to meet centrally specified financial objectives such as making a 6% return on its capital assets. Payments to hospitals thus depended on the contract signed with the purchasers. Typically, contracts specified what services were to be provided and the terms on which they were to be supplied.

Despite its commitment to abolish the internal market, the Blair government has announced no plans to radically change the status of NHS Trusts. Trusts remain independent organizations within the NHS. However, their relationship with the regional health authorities has shifted from the previous emphasis on competition and financial performance toward a collaborative approach to quality of care. ⁴⁷

As in the past, hospital doctors remain directly employed by the NHS on a salaried basis. Their actual salary scales are determined by the government each year, taking into account the recommendations of the Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration. In addition to their NHS earnings, full-time NHS hospital specialists are permitted to earn up to 10% of their gross income from private practice.

5.4.2 Physician Services

When the NHS was established, general practitioners (family physicians) were allowed to operate as independent contractors within the NHS (like most family physicians currently practicing in Canada). They were also permitted the right to private practice alongside their NHS work. According to experts, the independent contractor status of general practitioners meant that "services had developed piecemeal and coordination with hospital based health services was poor." ⁴⁸ For these reasons, the provision of care by general practitioners was brought into a "rostering system"; this system required patients to

⁴⁸ European Observatory, Health Care Systems in Transition – United Kingdom, 1999, p. 9.

⁴⁷ More precisely, the national government set up a regulatory agency, called the Commission for Health Improvement, the task of which is to visit every NHS institution – hospitals, health authorities, primary care groups – to monitor their activities.

register with one general practitioner, who then acted as a "gatekeeper" to the rest of the health care system. Patients could only be admitted to hospital, see a specialist or have their prescription drugs paid for if they had a referral from their general practitioner. Within such a system, individual general practitioners remained under contract with the NHS and were remunerated through a mixed system that combined a salary with capitation based simply on the number of patients on a doctor's list.

Then, with the 1991 reform, the concept of GP Fundholding was introduced. The purpose of this system was to give incentives to general practitioners to provide the most cost-effective form of care. Under the system of fundholdings, general practitioners were given a "fund" made of two spending categories: the cost of drugs they prescribed to their patients and the cost of certain kinds of specialist and hospital treatment for their patients. If, during a given period, the actual expenditures were less than the budgeted fund, the general practitioner was allowed to spend the surplus on improvements to his/her practice. Conversely, general practitioners who exceeded their budgeted fund faced a penalty corresponding to a portion of their deficit.

One criticism of the fundholding system was that it tended to produce inequality in the standard of care that different patients groups were receiving. More precisely, general practitioners in poorer regions had patients with greater health care needs than those practising in more affluent areas, making it harder for the former to generate a surplus. Another critique of the GP Fundholding was its very high administrative costs: general practitioners found that negotiating with hospitals and specialists for health services was both cumbersome and time consuming. In 1999, the Blair government reformed the GP Fundholding system by creating Primary Care Groups (PCGs). PCGs are group practices made of the merging of former GP Fundholders. Thus, PCGs are far larger than previous GP Fundholders, covering between 50,000 to 250,000 people in designated geographic areas. They are expected to develop through a number of stages until they are able to assume responsibility for commissioning care and for the provision of community health services for their population.

The various reforms enacted throughout the 1990s, such as GP Fundholding and more recently the creation of PCGs, did not affect the ways that general practitioners received their personal incomes. Fundholding budgets were for the purchase of hospital and community services and could not be used to supplement general practitioners' incomes. Currently, general practitioners are paid by the NHS as independent, self-employed professionals under a 'cost-plus' principle – the payments they receive cover their expenses in delivering services (the 'cost') and a net income for doing so (the 'plus'). The basic elements of the current payment system include:

- Capitation fees annual fees payable for each patient registered on their list (with three levels of payment depending on the age of the patient). These amount to just over one half of general practitioners' gross income from all fees and allowances.
- Allowances are the next largest element for the average general practitioner and include a basic practice allowance that covers the basic

costs incurred in setting up and maintaining a practice. The level of this allowance can vary in order to encourage practitioners to locate in underserviced areas.

- Health promotion payments comprise payments for running health promotion and chronic disease management programs.
- Item of service payments paid every time a general practitioner provides certain, usually preventive, services (e.g. contraception).

Overall, this combination of types of payment means that the income of individual general practitioners will depend on the number of patients on their list, the fees and allowances for which they qualify, the number and level of activities undertaken and the performance achieved.

5.5 Private Health Care Delivery

There are approximately 230 independent medical/surgical facilities and hospitals in the United Kingdom. In these private settings, doctors are paid fee-forservice either directly by the patient who may be then reimbursed by a private insurance company if he/she is a policyholder, or by the private hospital/clinic at which the services are provided. Private sector care is specialized and is mainly used for such elective (nonemergency) surgical procedures as hernias, varicose vein surgery and hip replacements. Abortions are the most common procedure (13.2% of the total). In recent years, there has been substantial growth in rather more complex procedures such as coronary bypass grafts and other heart operations.

By contrast, there is very little privately financed primary care in the United Kingdom. Only 3% of general practitioner consultations are estimated to be in the private sector. The main reason for the lack of development in this area is that general

The NHS has always made some use of privately run hospitals, but during the recent election campaign - this may be what you are referring to - the Blair government made a commitment to be pragmatic after the election as to whether private or public hospitals should be used to treat National Health Service patients. Those patients would be treated free at the point of use of those services, whether public or private. That is to try to bring down the waiting lists and waiting times, particularly for non-urgent medical treatments, and to help achieve the targets set by the government. That is quite a shift compared to, traditionally, how Labour governments have seen these issues. The Blair government claims to be new Labour, not old Labour, being much more pragmatic about where the care is provided, as long as it is free for the patients.

Professor Chris Ham, University of Birmingham (20:27)

practitioners are not allowed to see patients on their NHS list privately or to issue NHS prescriptions and there are currently few insurance products to cover primary care services.

5.6 Particularities

As in Canada, all residents in the United Kingdom are covered through a universal, tax-financed health care insurance plan, the NHS. As in Canada, there are no user charges for hospital and physician services. However, coverage under the NHS is broader than in Canada, in the sense that prescription drugs and basic dental and vision care are included. User charges do apply to these additional publicly-insured services. By contrast to Canada, it is legal in the United Kingdom to purchase private insurance that covers the same kinds of services that are provided under the NHS.

From a Canadian perspective, two points stand out with regard to the unprecedented reform process undertaken in the United Kingdom over the past decade. In

the first place, because of the relatively centralized nature of both the political system in the United Kingdom and of the health care system that was built in its image, it was possible to enact a 'big bang' reform that transformed key aspects of health care, probably forever.

In the second place, however, as Professor Julian LeGrand noted, "perhaps the most striking conclusion to arise from the evidence is how little overall measurable change there seems to have been" that can be attributed to the core mechanisms of the reforms designed to introduce elements of market-oriented competition into the publicly-funded system. 49

I would say "internal market" was always a bit of a misnomer in our case. I would say, it was a managed market and it turned out to be a heavily politically-managed market. (...) They did not actually implement the internal market as it was intended from the beginning, so in practice I would say there was not ever a great deal of competition between hospitals and other health care providers and to that extent the so-called internal market experiment was never tested in the way that was intended at the outset.

Chris Ham, Director, Health Services Management Centre, United Kingdom (20:29)

Why did the purchaser-provider split not function as originally envisaged? According to Ake Blomqvist the most likely explanation "was that there was a lack of incentive to make it work, on both sides of the market." As he points out, on the provider side, hospitals that are already operating near capacity have little incentive to seek more patients, even if these will bring in greater revenues. On the purchaser side the health authorities were caught in a situation where they could have a major impact on individual hospitals if they shifted their purchasing elsewhere. They could have provoked layoffs and even closures, which would have destroyed relationships of trust that had been built up over many years and upon which the system still depended in order to function.

At the same time, however, it is important to note that the GP fundholding system quickly became more popular than anyone had anticipated. At the beginning of the 1990s it was seen as a small part of the overall reform process, but a variety of factors contributed to the unexpected growth of the scheme. There was evidence early on that fundholders could improve the services their patients received, and this created a bandwagon effect, with many physicians not wanting to be left behind. The Thatcher government

⁴⁹ Le Grand, Julian, "Competition, Cooperation, or Control? Tales from the British National Health Service," Health Affairs, May-June 1999, p. 31.

⁵⁰ Blomqvist, Ake, Health Care Reform in Canada: Lessons from the U.K, Japan and Holland, unpublished paper, p. 44.

reinforced this trend by offering further benefits (e.g. computers) to GP fundholding practices that were not available to other doctors. Moreover, fundholding gave general practitioners a greater role in the overall health care system than they had previously. Hospital specialists have been forced to become more responsive and accountable to general practitioners who could now opt to take their business elsewhere.

However, experts are still divided over how to assess the overall balance sheet. Some feel that the "internal market" was never given a fair chance, that insufficient incentives were provided and too many constraints retained. Others argue that it is impossible to introduce a fully-functioning market system into a largely publicly-funded health care system. For the time being, the Blair government has opted for a system that attempts to engineer a shift towards greater cooperation amongst the various players, while retaining many aspects of the purchaser-provider split that was initiated under the previous Thatcher government.

HEALTH CARE IN THE UNITED STATES

6.1 Government Responsibility⁵¹

The United States is a republic with a federal system of government consisting of a national (federal) government and fifty state governments. Each State and the national government have written constitutions that spell out what each government can and cannot do. While private insurance is the dominant player in the health care field, each level of government also plays a role with respect to health care:

- As in Canada, the national government of the United States provides health services to specific groups of the population, including military personnel, veterans with service-related disabilities, Native Americans (American Indians and Alaskan Natives), and inmates of federal prisons. More importantly, the US national government has the authority to raise taxes and appropriate funds for the purpose of the general welfare of the population, including health care. Responsibility for administering the health care insurance programs Medicare and Medicaid and the recently enacted State Children's Health Insurance Program (SCHIP) is entrusted to the Health Care Financing Administration (HCFA) of the federal Department of Health and Human Services (DHHS). The federal government of the United States is also responsible for regulating health care insurance provided by employers and managed care organizations participating in federally subsidized health care.
- The responsibilities of **State governments** with respect to health care include the licensing of hospitals and health care personnel, public health (sanitation, water quality, etc.) and mental health. States can raise their own revenue by various types of taxes and there is no federal limit on their taxing powers. State governments must conform to federal regulations when receiving funds from the national government under Medicaid and SCHIP. State governments are also responsible for regulating private health care insurance, including managed care organizations, as well as Blue Cross/Blue Shield.

Although the federal and State governments of the United States do provide public coverage for health care, the American health care system remains unique around the world as it strongly relies on the private sector to both provide health care coverage and

⁵¹ The information contained in this section has been mostly derived from M.W. Raffel and N.K. Raffel, "The Health System of the United States," in Health Care and Reform in Industrialized Countries, The Pennsylvania State University Press, 1997, pp. 263-289.

⁵² This constitutional power has been interpreted as encompassing funding for health care delivery, health research and medical/nursing education.

deliver health services. This chapter focuses primarily on public health care insurance in the United States.

6.2 Health Care Insurance and Coverage

The national government of the United States is responsible for administering and operating Medicare, which provides health care insurance for the elderly. Jointly with the States, it finances Medicaid for the poor and the State Children's Health Insurance Program (SCHIP) for children.

6.2.1 Medicare

Medicare is a federal health care insurance plan for people 65 years of age and over, some people with disabilities under 65, and people with end-stage renal disease. Medicare is not means-tested and has two parts:

- Part A provides coverage for hospital services, skilled nursing facility care for the purpose of rehabilitation, hospice care, and some home care. Most people get Part A automatically when they turn age 65. They do not have to pay a monthly payment or premium to be entitled to Part A Medicare benefits. People, however, must pay user charges. For 2001 each beneficiary must pay a deductible of \$792US. With respect to skilled nursing facility care, Part A pays all charges for the first 20 days, then a co-insurance requirement kicks in for days 21 through 100. All costs beyond the 100th day must be paid by the patient. A 20% coinsurance payment also applies to medical equipment (such as wheelchair or walker) for home care. People who select hospice care must pay some of the costs for drugs and inpatient respite care. People with low income may have their Medicare costs (user charges) paid by the State under Medicaid (described below).
- Part B covers physician services, outpatient hospital care (including emergency room visits), ambulance transportation, diagnostic tests, laboratory services, some preventive care (such as mammography and Pap smear screening), services of physical and occupational therapists, and some home care for which Part A does not pay. Part B does not cover prescription drugs, routine physical examination, dental care, cosmetic surgery, hearing aids, vision care. Enrolment in Part B is optional. People must pay a monthly premium (\$50US in 2001) if they

⁵⁴ Coverage for Part A may be purchased by individuals who do not have insured status through the payment of monthly premiums.

⁵³ Hospital care includes semi-private rooms and meals, general nursing services, operating and recovery room costs, intensive care, drugs, laboratory tests, X-rays, and all other necessary medical services and supplies (up to 90 days for each benefit period). Coverage for skilled nursing facility care is mainly for the purpose of rehabilitation and includes semi-private room and meals, skilled nursing services, rehabilitation services, drugs, and medical supplies (up to 100 days for each benefit period). Home care only refers to part-time or intermittent nursing services prescribed by a physician for treatment or rehabilitation services, and it does not include custodial services (help with daily living activities like bathing, eating or getting dressed).

enrol before they turn 65. The monthly premium is higher for people who sign up at a later stage (and they then pay this higher premium for the rest of their life). Part B pays 80% of the cost of insured services. In addition to covering the remaining 20% (coinsurance) people must also pay a deductible of \$100US per year. People with low income may have their premium paid by the State where they reside (under Medicaid).

Medicare is delivered through two different mechanisms. First, under the original Medicare plan, the federal government contracts with private insurance companies (there are about 55 of them) to process and pay claims. Many of these insurers offer their clients "Medigap," a supplemental insurance policy that helps to fill the gaps in the plan (coinsurance, deductibles and other out-of-pocket costs). Some Medigap policies will also cover services not covered by Medicare, such as prescription drugs. Some 80% of Medicare beneficiaries are enrolled in the original plan.

Second, since 1997, Medicare can be provided through "Medicare+Choice." This option offers access to managed care plans – such as Health Maintenance Organizations (HMOs), and Preferred Provider Organizations (PPOs) – as well as to medical savings accounts, or other private health care insurance options. Medicare managed care plans have the following characteristics:

- They must provide all of the services that are offered under the original Medicare plan;
- They can offer a variety of additional benefits, like preventive care, prescription drugs, dental care, hearing aids, eyeglasses and other items not covered by the original Medicare plan. Costs for these extra benefits vary greatly among plans.
- They usually impose restrictions on the choice of providers. For example, clients enrolled in an HMO will only be able to seek care from doctors and hospitals employed or owned by the HMO.
- Given these restrictions on the freedom to choose, these plans permit savings in comparison to the average cost of the original Medicare coverage. Those who enroll in the HMO option are charged a lower premium to belong to Medicare *Part B*.

6.2.2 Medicaid and SCHIP

Medicaid is a joint federal and State health care insurance plan available to people with low income. It is means-tested, but low income is only one of the criteria for Medicaid eligibility. Assets and resources can also be tested against established thresholds. Basic coverage includes physicians, hospitals, laboratory and x-ray services, etc. The federal government pays half of the cost incurred by individual States in providing coverage for the

⁵⁵ An HMO is an organization that offers health services provided by selected doctors and hospitals. In exchange for a monthly fee, enrolees receive care as needed. PPOs are a simplified form of HMOs in the sense that they provide incentives to their enrolees to use a limited number of selected providers at a reduced cost. Medical savings accounts are currently being offered on a trial basis.

poor and establishes broad national guidelines. However, each State 1) administers its own program; 2) establishes its own eligibility standards; 3) determines the type, amount, duration and scope of services, and 4) sets the rate of payment for services. Medicaid programs therefore vary from State to State.

Medicaid does not make health care coverage available to all people who can be considered poor. Coverage is provided to those considered either "categorically needy" or "medically needy." The categorically needy population includes persons receiving federally assisted income maintenance payments (mostly children, the aged, the blind and disabled). The medically needy population includes those in the welfare category who do not receive federal cash assistance but whose net income falls below State standards. Most States have additional state-only programs to provide medical assistance for specified poor persons who do not qualify for the Medicaid program, but no federal funds are provided for state-only programs. States may require user charges from some Medicaid recipients for certain services. User charges, however, are not required for emergency services, pregnant women and children under age 18.

SCHIP is a program initiated in 1997 by the federal government to expand public health care coverage to otherwise uninsured children. Under this program, each State receives enhanced federal matching payments up to a fixed allotment. SCHIP may be provided either as an expansion of Medicaid, or through separate State programs. It enables States to provide coverage to children from working families with income too high to qualify for Medicaid but too low to afford private health care insurance.

Like Medicare, Medicaid is provided through various payment arrangements to eligible beneficiaries.

6.2.3 Public and Private Health Care Coverage

Overall, public health care insurance covers about 24% of the population in the United States. Private insurance, either purchased directly or obtained through employment, is predominant in the health care field. The majority of Americans with private insurance receive coverage through an employer-sponsored plan.

The U.S. is unique in the source of health insurance, as employer health insurance is the dominant form of health insurance coverage in the United States. (...) Health insurance, in a way, is part of a total compensation package for workers. (...) 63 per cent of those who are covered get their coverage through employer-sponsored programs.

Christine Schmidt, U.S Department of Health and Human Services (23:5)

American employers

may provide their employees with self-insurance plans or insurance plans contracted out with third-party insurers. Self-insured employers usually operate and administer their own plans; a few of them even run their own health care facilities. In addition to commercial plans, third-party insurers include HMOs and PPOs, which both insure and deliver health services. It is recognized that HMOs, PPOs and employer-sponsored plans somewhat restrict patient's choice among health care providers. Individuals who do not have access to

employer-based coverage may obtain health care insurance by purchasing it directly from commercial insurers or HMOs.

A report by Health Canada points out that, although employer-sponsored insurance is voluntary (except in Hawaii), it is nonetheless encouraged by tax policy. As in Canada, employer-paid contributions to employee health care costs in the United States are deducted from the employer's taxable income and are, in the end, basically a substitute for cash wages. 56

Despite the availability of public and private health care insurance, it is estimated that some 43 million Americans, or 15.5% of the population, have no coverage at all (see table below). Moreover, a significant proportion of Americans remain underinsured (that is they have some coverage but there is no limit on out-of-pocket costs).

TYPE OF HEALTH CARE INSURANCE AND COVERAGE STATUS
IN THE UNITED STATES, 1999

| | NUMBER OF PERSONS (*000) | PERCENT OF POPULATION (%) |
|------------------|--------------------------|------------------------------|
| Private | 194,599 | 71.0 |
| Employment-based | 172,023 | 62.8 |
| Government | 66,176 | 24.1 |
| Medicare | 36,066 | 13.2 |
| Medicaid | 27,890 | 10.2 |
| Military | 8,530 | 3.1 |
| Total Covered | 231,533 | 84.5 |
| Not Covered | 42,554 | 15.5 |
| Total | 274,087 | 100.0 |

Note: The estimates by type of coverage are not mutually exclusive: people can be covered by more than one type of health care insurance.

Source: US Census Bureau and Library of Parliament.

⁵⁶ Health Policy and Communications Branch, International Affairs Directorate (Health Canada), US Health Care System, 15 January 2001.

6.3 Funding for Health Care

In the United States, health care is financed predominantly by private sources (55%), with the balance (45%) coming from public sources. Private spending includes private health care insurance (33%), out-of-pocket payments made by individuals under both public and private plans (17%), and other sources (5%). The federal government contributes approximately 33% of total health care spending, with State and local governments paying the remaining 12%.

Medicare *Part A* is financed primarily from the social security payroll tax: contributions are mandatory and are set at 1.45% for employers and 1.45% for employees. Medicare *Part B* is financed by a combination of premiums and general tax revenue (from both federal and State governments). As indicated above, Medicare funding is also derived from a variety of user charges.

The portion of the Medicaid program that is paid by the federal government is derived from general revenue. The federal share, known as the Federal Medical Assistance Percentage (FMAP), is determined annually for each State according to a formula that compares the State's average per capita income level with the national average. By law, the FMAP cannot be lower than 50% or greater than 83%. Wealthier States have a smaller share of their costs reimbursed. The federal government also shares in the State's expenditures for administration of the Medicaid program, covering 50% of most administrative costs for all States.

6.4 Management and Provision

As in Canada, most physicians in the United States practice privately. Under Medicare, payments for physician services are made on a fee-for-service basis. However, since 1997, with the advent of managed care organizations, other methods of remuneration, such as capitation, are becoming more popular.

Under Medicaid, payments are made directly to physicians. Each State has relatively broad discretion in determining its method of reimbursement. These include paying physicians on a fee-for-service basis and the use of various prepayment arrangements, such as the capitation system used by HMOs. Physicians participating in Medicaid must accept the Medicaid reimbursement level as payment in full; that is, no extra-billing is allowed.

According to Colleen Flood, about 15% of hospitals in the United States are private for-profit institutions, 60% are private non-profit, and the remaining 25% are owned by States or local governments.⁵⁷ Under Medicare, hospital-based specialists are remunerated on a fee-for-service scheme.

Medicare reimburses hospital services according to a system of "Diagnosis Related Groups" (DRGs). This system is based on a list of some 500 services, each of

⁵⁷ Colleen Flood, Profiles of Six Health Care Systems, 30 April 2001, pp. 3-5.

which is assigned an average national cost. When admitted, patients are classified into one of the 500 categories. At the end of the treatment episode, the hospital receives the amount shown on the list. It does not depend on the length of stay, or the volume of services actually provided. The DRG system is intended to encourage efficiency by rewarding those hospitals that can treat patients at a lower than average cost. Some States also use this method to fund hospitals delivering Medicaid services.

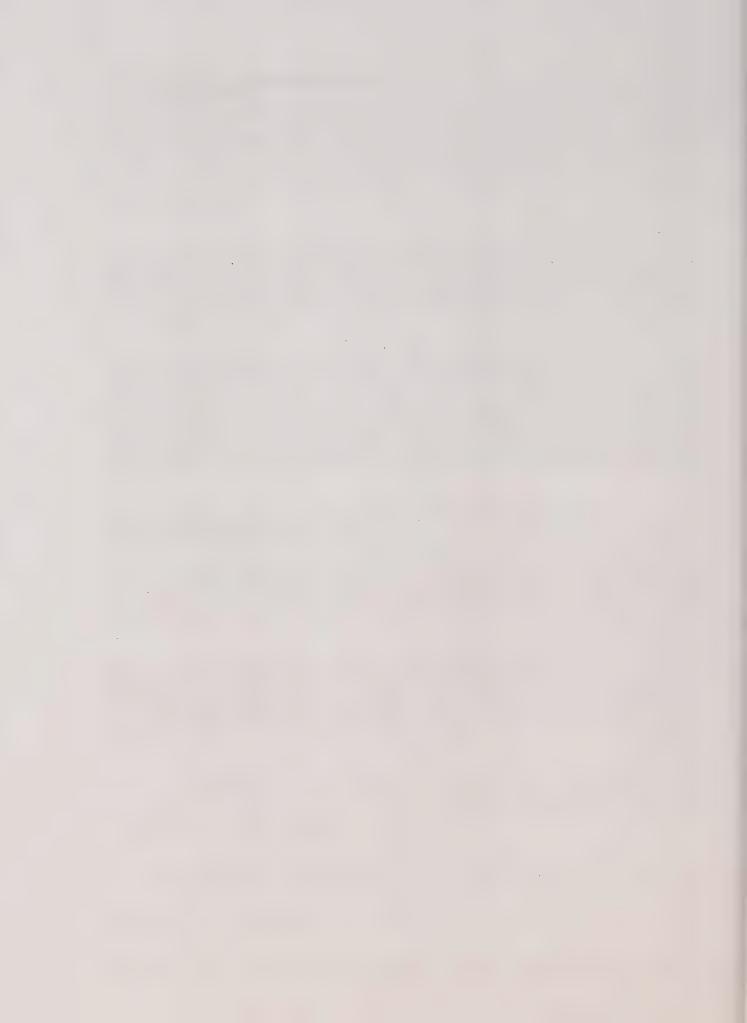
6.5 Particularities

Unlike Canada, the United States does not have a public system of health care insurance that offers coverage to all its citizens. However, its Medicare system does offer universal coverage for all Americans over age 65 and its Medicaid program does guarantee health care coverage to a definite group of the population, particularly those with low incomes.

In the 1990s, during the debate about constructing a system of universal health care insurance plan in the United States, one proposal put forward was to adopt the Canadian system. Another quite different proposal was that universal coverage could be accomplished simply by expanding Medicare to cover every American. In many ways, these two proposals are relatively similar. As in the Canadian system, conventional Medicare gives patients unrestricted choice among providers, and doctors – both general practitioners and specialists – are paid on the basis of a regulated fee for service schedule.

There are, however, significant differences. One is that there are some user charges in American Medicare, and the possibility exists for those individuals who so desire to hold supplementary private health care insurance which covers all or part of these user charges. Another difference is that under American Medicare, patients do have the choice between the conventional public plan and the HMO option, and, in addition, they have some degree of financial incentive to choose the latter, which is less costly to the plan. Finally, a very important difference is in the way hospitals are funded, with the Americans using the DRG system.

Overall, there is widespread agreement in Canada among both health care experts and the general public that, on the whole, the Canadian health care system is vastly superior to the American system. A large proportion of the population in the United States has no health care coverage at all and a great number of Americans remain clearly underinsured.



CHAPTER SEVEN:

MEDICAL SAVINGS ACCOUNTS (MSAS)

number of proposals for Medical Savings Accounts (MSAs) have been put forward in recent years in Canada. ⁵⁸ MSAs are health care accounts, similar to bank accounts, set up to pay for the health care expenses of an individual (or family). They are often established in conjunction with high-deductible (or catastrophic) health care insurance. Money contributed to an MSA belongs to, and is controlled by, the account holder, accumulates on a tax-free basis and is not taxed if used for health care purposes.

MSAs usually involve three levels of payment. First, money in the account is used for normal medical expenses. Next, if the account is exhausted and the deductible has not been reached, the expenses are paid out of pocket. Third, the insurance policy covers expenses beyond the deductible.

The general theory is that consumers would make more judicious and cost-effective decisions if they were spending their own money, rather than relying on the public purse. There are several different ways of structuring these accounts. MSA systems have been operating in a few countries. This chapter briefly examines the operation of MSAs in Singapore, South Africa and the United States and reviews the proposal for MSAs put forward in Hong Kong. ⁵⁹

7.1 MSAs in Singapore

The Singapore government's philosophy of health care delivery can be summed up in the following words – individual responsibility coexisting with government subsidies to keep health care affordable. An overview of the Singapore health care system describes the system this way:

Patients are expected to pay part of the cost of medical services which they use, and pay more when they demand a higher level of services. The principle of co-payment applies even to the most heavily subsidized wards to avoid the pitfalls of providing "free" medical services. 60

http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo_a.html

⁵⁸ See the following documents: 1) William McArthur, Cynthia Ramsay and Michael Walker ed., Healthy Incentives: Canadian Health Reform in a Canadian Context, The Fraser Institute, 1996; 2) Cynthia Ramsay, "Medical Savings Accounts", Critical Issues Bulletin, The Fraser Institute, 1998; 3) David Gratzer, Code Blue – Reviving Canada's Health Care System, ECW Press, 1999; 4) Dennis Owens and Peter Holle, Universal Medical Savings Accounts, Frontier Centre for Public Policy, Policy Series No. 5, July 2000.

This chapter is a summary of a more exhaustive paper on MSAs prepared by Margaret Smith from the Parliamentary Research Branch, Library of Parliament. Her paper is available on the Committee's Website.
 Ministry of Health, Singapore, Overview of the Singapore Healthcare System, February 2001,

Therefore, health care financing in Singapore is a combination of public and private sources encompassing general tax revenue, employer/employee contributions, compulsory savings, private insurance and out-of-pocket payments. ⁶¹ Because individual responsibility for health care expenses is one of the tenets of the Singapore health care system, the government has made saving money for health care expenses compulsory. There are currently three government programs that operate to assist individuals in this regard:

- Medisave is a compulsory savings program for certain health care expenses. Under this program, which was established in 1984, every employee is required to contribute a certain percentage of his/her income, with a matching contribution from the employer. These contributions are collected in a central fund managed by the national government. There is an upper limit on the total contributions to Medisave. According to the Ministry of Health of Singapore, the limit is imposed "to prevent an excessive build-up of Medisave balance which could result in unnecessary use of medical services." 62 Medisave accounts can be used to pay for hospital and certain other medical expenses for the individual account holder and his or her family. Withdrawals from Medisave are subject to limits that require some cash co-payment from patients, particularly those who choose private hospitals or more expensive ward accommodation in public hospitals. Medisave also covers certain expensive outpatient treatments such as, radiotherapy, chemotherapy, renal dialysis and HIV anti-retroviral drugs. Subject to a requirement to maintain a balance, account holders are permitted to withdraw their Medisave accounts at age 55. In addition, any remaining Medisave balance can be transferred as part of the account holder's estate on death.
- MediShield is a non-compulsory, low-cost catastrophic illness insurance scheme designed to cover medical expenses from major and prolonged illnesses. It was introduced in 1990 as a supplement to Medisave. Medisave account holders under 75 years of age are eligible to participate in the MediShield scheme. MediShield premiums are paid from Medisave contributions. Premiums vary depending on age. MediShield covers most hospital expenses including intensive care, surgical operations and implants. It also covers outpatient kidney dialysis, outpatient chemotherapy, radiotherapy for cancer treatment and certain drugs for transplant patients and pre-dialysis and dialysis patients. Patients are required to pay user charges under MediShield, subject to an annual threshold. 63

⁶¹Information about the Medisave program comes from a document prepared by the Ministry of Health, Singapore, Health Care Financing in Singapore, June 2000. Available on the Internet at http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo_b.html.

⁶² Health Care Financing in Singapore, June 2000.

⁶³ Much of the information about MediShield comes from Singapore Ministry of Health at http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo/mohinfo/b(B).html.

• Medifund is a government endowment fund that operates as a safety net to help the poor and needy pay for hospital care. At the time the fund was created, the government made an initial capital injection which has then been followed by other capital injections. The interest income (but not capital) from the fund is distributed on a case-by-case basis to public sector hospitals.

A 1996 study prepared for the American-based National Center for Policy Analysis on the Singapore experience with MSAs stated that the Singapore program provides incentives "to reduce consumption and offer protection against extraordinary events and free-rider abuses." ⁶⁴ Because individuals must start saving at an early age, savings accumulate to cover costs later in life when medical care needs will be greater. The study concluded that Medisave and MediShield have worked well as part of a system that balances personal savings for medical care and government management of the health care system that has kept overall costs relatively low. ⁶⁵ Another study, however, mentioned in a recent C. D. Howe Institute Commentary (April 2001) reports that hospitals in Singapore did not begin to compete on price and the per capita cost of health care rose faster after the introduction of the health care model that included MSAs than it had prior to that time. ⁶⁶

7.2 MSAs in South Africa

The private health care insurance market in South Africa offers a wide range of insurance plans to residents that elect to be treated in private facilities. Since their introduction in 1994, MSAs have grown to half of the private insurance market. ⁶⁷

In South Africa, MSAs allow individuals to do essentially two things: (1) to pay for medical expenses that are covered by insurance but are less than the deductible amount specified in their medical insurance policies; and (2) to pay for certain types of heath care that are not covered by insurance (for example, corrective eye surgery). MSAs are set up as insurance plans that typically have the following features:

- first dollar coverage for non-discretionary services, such as heart bypass operations and other inpatient hospital services;
- a deductible of about \$1,200 for discretionary expenses, such as visits to a doctor and other outpatient services;
- first-dollar coverage for medications required to treat certain chronic conditions.

66 Cam Donaldson, Gillian Currie, Craig Mitton, C.D. Howe Institute Commentary, Integrating Canada's Dis-Integrated Health Care System, Lessons from Abroad, No. 151, April 2001, p. 18 (see www.cdhowe.org).

⁶⁴ Thomas A. Massaro and Yu-Ning Wong, *Medical Savings Accounts: The Singapore Experience*, NCPA Policy Report No. 203, April 1996, p. 2. Document available on the Internet at http://www.ncpa.org/studies/s203/s203.html.

⁶⁵ Ibid., pp. 11-12.

⁶⁷ Much of the information on Medical Savings Accounts in South Africa comes from a policy report entitled, Medical Savings Accounts in South Africa, prepared by Shaun Matisonn for the U. S.-based National Center for Policy Analysis, NCPA Policy Report No. 234, June 2000. (See http://www.ncpa.org/studies/s234/s234.html).

MSA contributions are given favourable tax treatment. Two-thirds of any employer contribution to an MSA for employees is excluded from the employee's taxable income and two-thirds of employee contributions can be made with pre-tax dollars. ⁶⁹

For the most part, there is a considerable amount of flexibility in the various MSA plans offered in South Africa. There would appear to be few limits on the amount that an individual can contribute to his or her MSA to cover expenses below the insurance deductible. An individual, an employer or both can make MSA contributions and unspent balances in an account can be distributed back to the account holder annually. ⁷⁰

A study prepared for the National Center for Policy Analysis (NCPA), a long-time proponent of MSAs, concluded that the South African experience with MSAs has been a positive one. MSAs have become a popular health care vehicle due in no small part to a flexible regulatory environment that allows insurers to tailor plans to the needs of the private market and offer incentives to encourage a healthy lifestyle and wellness. ⁷¹ More precisely, the study reported that:

- MSAs save money on average MSA holders spend about half as much on outpatient services plus drugs as do people in traditional plans.
- there is no evidence that MSA holders substituted care with no deductible for care with a high deductible.
- similarly, there is no evidence that MSA holders forgo appropriate care a comparison of catastrophic claims under MSA and traditional plans did not reveal a higher level of such claims by MSA holders.
- although MSA plans appeal to people who are healthy, MSA plans can be attractive to those who are sick and have high health care costs. 72

7.3 MSAs in the United States

Much of the discussion and literature and most of the controversy and debate relating to MSAs originates in the United States where, in the wake of rising health care costs and increasing criticism of the system of managed care by HMOs and other providers, MSAs have been proposed as means of reducing health care spending and empowering health care consumers.

MSAs are authorized favourable tax treatment under both federal and State legislation. MSAs are currently offered by employer-sponsored insurance plans as well as under the Medicare Plus Choice.

⁶⁸ Ibid., p. 9.

⁶⁹ Ibid., p. 10.

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ For example, the Policy Report notes that one plan offers a point system for having preventative tests such as pap smears and mammograms and participating in an exercise program. Accumulated points can be redeemed for benefits such as airline tickets.

⁷² *Ibid.*, p. 15-17.

7.3.1 Private Sector MSAs

The first federal program in the United States to authorize favourable tax treatment for MSAs became effective on January 1, 1997. The *Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996* (HIPAA) established a four-year medical savings account demonstration project ending in 2000 and set out the requirements for the tax treatment of MSAs at the federal level. The demonstration project has since been extended for two additional years.

The federal MSA demonstration is limited to 750,000 MSA account holders. Those eligible to participate in the federal MSA program include self-employed individuals and businesses with 50 or fewer employees. (Unlike the federal MSA scheme, state MSA programs do not cap the number of employees.) While employers with more than 50 employees are restricted from offering the federal MSA tax benefit to employees, they can still offer MSA-style programs, although with limited tax benefits.

In order to participate in the program, participants must have a qualified high-deductible (catastrophic) health insurance plan to cover large health care expenses. A high deductible health plan is a comprehensive health insurance plan with a higher annual deductible than typical health plans and a maximum limit on annual out-of-pocket medical expenses. For individuals, the deductible must be between \$1,550 and \$2,350 (with a total out-of-pocket maximum of \$3,100), and for families, the deductible must fall between \$3,100 and \$4,650 (with a total out-of-pocket maximum of \$5,700.) The MSA is set up through a trustee who can be a bank, insurance company or any other entity approved by the Internal Revenue Service.

Contributions to an MSA can be made by the employer or the employee, but not by both during the same year. For individuals, contributions up to 65 percent and for families up to 75 percent of the annual health plan deductible can be contributed. There are also upper limits on contributions based upon the individual's wages or compensation. The MSA is portable; it is owned by the account holder and follows the account holder when the person changes jobs.

MSAs offer a number of tax advantages. Employer deposits into an MSA plan are not classified as taxable benefits for employees, employee contributions qualify for a tax deduction and funds accumulate in the MSA tax-free. Contributions in excess of annual limits, however, are subject to a 6% excise tax. MSA funds are typically used for routine health care expenses. Withdrawals from MSA plans are tax free if used for medical expenses that would qualify as a medical deduction for income tax purposes. Non-medical spending from an MSA is subject to taxation and additional tax penalties. Money remaining in the MSA account at the end of the year can be rolled over to the next year without penalty.

A beneficiary can be designated for an MSA account. If a spouse is designated, on death the account is treated as the spouse's plan. If someone other than the spouse is designated, on death the account loses its MSA status and its fair market value is taxable to

⁷³ Internal Revenue Service, Publication 969 gives a detailed a description of the requirements for federal medical savings accounts. This publication is the source of the information about the federal MSA program. (http://www.irs.ustreas.gov/prod/forms_pubs/pubs/p96901.htm).

the designated beneficiary. Where there is no designated beneficiary, the fair market value of the plan is included in the deceased's final income tax return.

The proponents of the 1997 legislation thought that insurers would be quick to enter the MSA market and many individuals would opt for MSAs. However, the market has developed slowly with some 100,000 MSAs having been set up. ⁷⁴

A report to Congress by the Medicare Payment Advisory Commission (MedPac) on Medical Savings Accounts in the context of Medicare (November 2000) cited four main reasons for the slow development of MSAs. ⁷⁵ These are: limited supply, lack of broker interest, limited demand and program design problems.

- Limited Supply: The federal law establishing MSAs limited eligibility to self-employed people and those employed in firms with 50 or fewer employees. According to the MedPac report, these eligibility requirements had the effect of limiting suppliers of MSAs to insurance companies that participate in or want to enter the individual and small group insurance markets. Ccompanies entered the MSA market to have a market presence should the plans become popular but many did not enthusiastically pursue MSAs when they found that the level of interest in the plans was low. Insurers were also reluctant to enter the market because MSAs were established as a four-year demonstration project. Similarly, a United States General Accounting Office (GAO) Report to Congressional Committees on MSAs (December 1998) found that while a wide range of insurers were offering MSA plans, only a minority of them were marketing them aggressively. 77
- Lack of broker interest: The MedPac report points out that agents have not displayed a great deal of interest in selling MSAs. Because MSA policies tend to have lower premiums than other policies, agents receive lower commissions for sales. Furthermore, the public's lack of familiarity with MSAs and the somewhat complicated nature of the accounts required agents to devote a considerable amount of time to selling the product. As a result, agents have been reluctant to commit the time necessary to learn about and sell the product.
- Limited demand: The MedPac report points out that self-employed individuals could constitute a potentially large market for MSAs. Many of the self-employed, though, continue to prefer the certainty of traditional

⁷⁸ MedPac, Medical Savings Accounts and the Medicare Program, p. 6.

⁷⁴ Linda Klinger, "Few Takers for Medical Savings Accounts, Washington Business Journal, April 2, 2001. (http://washington.bcentral.com/washington/stories/2001/04.02/focus4.html).

⁷⁵ Medicare Payment Advisory Commission (MedPac), Report to Congress, Medical Savings Accounts and the Medicare Program, November 2000, pp. 6-7 (http://www.medpac.gov/).
⁷⁶ *Ibid.*, p. 6.

⁷⁷ United States General Accounting Office (GAO), Report to Congressional Committees, Medical Savings Accounts Results from Surveys of Insurers, December 1998, GAO/HEHS-99-34. p. 11 (http://www.gao.gov/archive/1999/he99034.pdf).

comprehensive medical insurance plans with relatively low deductibles. ⁷⁹ The GAO report confirmed that sales were lower than expected. Some insurers participating in the GAO survey felt that the low sales numbers were not surprising in light of the complexity of the MSA product and the limitations of the demonstration project. ⁸⁰

• Program design problems. The MedPac report also notes that the restrictions applying to federal MSAs have impeded their growth. These restrictions, which were put in place in part to allay concerns about possible negative effects on tax revenues and the health insurance market if MSAs were taken up in large numbers by healthy and relatively wealthy individuals, have had a dampening effect on the MSA market. Consequently, the number of policies was limited to 750,000 and no new policies could be issued after December 31, 2000, minimum and maximum deductibles were established, a limit on out-of-pocket amounts was imposed, the amount that could be contributed to an MSA was set at between 65 percent and 75 percent of the deductible, and only the employee or the employer could contribute to the account, but not both. 81

A 1998 Policy Report by the National Center for Policy Analysis looked at obstacles to the growth of the U.S. MSA market. ⁸² Among other things, the NCPA suggested that the range of permitted deductibles was too narrow and the limit on the amount that could be deposited to an MSA account could expose MSA holders to substantial out-of-pocket health care expenses before their insurance took over. Concluding that the MSA legislation was "the result of a number of political compromises that had little to do with health policy, economic research or market demand", ⁸³ the NCPA made a number of recommendations for MSA reform, including the following:

- allowing a wider range of deductibles to give insurers more flexibility to design MSAs to meet consumer needs;
- allowing the market to determine the out-of-pocket exposure under MSA plans;
- permitting employer and employee contributions to MSA plans; and
- removing the enrollment cap of 750,000. 84

7.3.2 Medicare Plus Choice

The Medicare+Choice MSA plan combines a high deductible health insurance plan (in the order of \$6,000) and a medical savings account. Under this program, Medicare pays the insurance premium, which because of the high deductible is lower than a typical

⁷⁹ Ibid., p. 7.

⁸⁰ GAO, Medical Savings Accounts Results from Surveys of Insurers, p. 12.

⁸¹ MedPac, Medical Savings Accounts and the Medicare Program, p. 7.

⁸² National Center for Policy Analysis, Medical Savings Accounts: Obstacles to Their Growth and Ways to Improve Them, NCPA Policy Report No. 216, July 1998. (http://www.ncpa.org/studies/s216.html).
⁸³ Ibid.

⁸⁴ Ibid., pp. 2-4.

health insurance premium, and deposits the difference between the cost of the premium and the normal Medicare capitation amount in an MSA. Plan contributions are the same for all beneficiaries but payments are adjusted for demographic and health status.

The Medicare+Choice MSA was intended to give Medicare beneficiaries more control over their health care by allowing them to choose their health care providers under financial arrangements that they would negotiate. One benefit it was hoped that this approach would achieve was reduced spending on discretionary health care as beneficiaries became more conscious of the costs involved.

Under the program, only the Medicare authority is permitted to make deposits to MSAs; Medicare beneficiaries cannot contribute to the account. Deposits and interest earned are free of federal income tax and qualified spending from the account is tax-free. Beneficiaries who do not have major health expenses can take the MSA payment as additional income over time. The savings account can be used for medical expenses that qualify for income tax deductions and for payment of certain insurance premiums such as long-term care. If the amount in the account accumulates to more than 60 percent of the annual deductible level, the amounts above 60 percent can be withdrawn penalty-free for any purpose (although these amounts would be treated as taxable income). On death, the MSA can be transferred to a spouse who is designated as a beneficiary and will be treated as the spouse's MSA. Otherwise, the MSA loses its MSA status and the fair market value becomes taxable.

As of November 2000, no organization had applied to offer an MSA plan to beneficiaries under Medicare+Choice. Consequently, Congress asked the Medicare Payment Advisory Commission (MedPac) to report on how the program could be changed to make it a viable option for organizations and Medicare beneficiaries.

MedPac's November 2000 report, Medical Savings Accounts and the Medicare Program, concluded that the private sector would not offer Medicare MSAs for two reasons:

- 1. little demand from the risk-averse Medicare beneficiary population, and
- 2. the expense and difficulty of marketing a complex product such as Medicare MSAs to a fragmented and scarce set of customers. 85

MedPac noted that as premiums under the traditional Medicare plan are relatively low and plan coverage is broad there is little incentive for Medicare beneficiaries to move to MSAs. While MedPac observed that some of the conditions applying to the program that discouraged participation could be changed, it concluded that institutional changes would probably not encourage much participation because of the underlying market characteristics. In addition, the report noted that most of the steps intended to increase

⁸⁵ Medicare Payment Advisory Commission, Report to Congress, Medical Savings Accounts and the Medicare Program, November 2000, p. 19.(http://www.medpac.gov/).

participation would "decrease beneficiary protection or increase the financial risk to the Medicare program." 86

7.4 Proposals for MSAs in Hong Kong

In December 2000, the Hong Kong government released a consultation document on health care reform entitled *Lifelong Investment in Health*. ⁸⁷ Acknowledging that the sustainability of Hong Kong's health care system is "highly questionable", the document puts forward a three-pronged strategy for ensuring the system's long-term financial sustainability. The third prong, after reducing costs/enhancing productivity and revamping the fee structure, is the introduction of MSAs called "Health Protection Accounts". ⁸⁸ Health Protection Accounts will have the following key features:

- the creation of a personal account for the individual and the spouse comprised of mandatory contributions by the individual of one to two per cent of earnings from age 40 to 64;
- savings cannot normally be withdrawn from the account until the person reaches 65;
- on withdrawal, the savings can only be used for the person's or spouse's medical and dental care, based on public sector rates, or to purchase medical and dental insurance from private insurers;
- if a person chooses services in the private sector, he or she will be reimbursed at public sector rates from the accumulated savings, any price difference will have to be met from the person's resources outside the savings accounts or from private insurance;
- on death, unspent savings left in the account will be passed on to the surviving family.

The purpose of the Health Protection Account is to assist "individuals to pay for heavily subsidized medical services after retirement, and not to shift the burden to the next generations". ⁹⁰ To keep the savings rate at an affordable level, the proposal limits withdrawals from the account until age 65 and after and provides for reimbursement of costs at public sector rates. The government estimates that for a family at a median income level, based on the average utilization rate, a couple will be able pay for medical expenditures at public sector rates up to the average life expectancy age. ⁹¹ The Hong Kong government intends to conduct a further study of the merits and feasibility of Health Protection Accounts in 2001-2002.

⁸⁶ Ibid.

⁸⁷ Hong Kong, Lifelong Investment in Health, Consultation Document on Health Care Reform, December 2000. (http://www.info.gov.hk/hwb/english/CONSULT/HCR/HCR2.HTM#Contents).

⁸⁸ *Ibid.*, p. 51.

⁸⁹ Ibid., p. 57.

⁹⁰ Ibid., p. 58.

⁹¹ Ibid.

For individuals who have saved very little or who have exhausted their savings because of frequent illness, the paper makes brief reference to (but does not detail) a second "safety net" provided by the government.

To deal with individuals requiring long term nursing care, however, the consultation document mentions a proposal for a separate personal savings account, "Medisage", with contributions from the individual at the rate of 1% of salary to purchase long-term care insurance upon retirement. Because long-term care insurance is not well developed in Hong Kong, the government proposes to conduct more in-depth studies of options for long-term care and the features of the scheme. ⁹²

7.5 MSAS: the Debate

There is no consensus among experts on the impact of MSAs on health status and on health care costs. On the one hand, proponents maintain that MSAs increase consumer choice, encourage patients to make more prudent use of health services and reduce health care spending. MSA opponents, on the other hand, contend that MSAs can realize only small health care savings at best, segment the risk in the insurance market, drive up insurance costs for those remaining in comprehensive plans and have an adverse impact on health as people, particularly the poor and unhealthy, cut back on necessary health care.

Could a system of MSAs be implemented in Canada? A study authored by University of Calgary health economists, Cam Donaldson, Gillian Currie and Craig Mitton, pointed out that the task in Canada would not be particularly easy. In their view, there are practical problems associated with implementation and other structural issues that would have to be addressed before any benefits associated with MSAs could be realized. First, the advantages of consumer choice associated with MSAs might be limited in the Canadian context because Canadians already have considerable leeway in choosing their doctors and specialists. Similarly, MSAs might have a limited impact on encouraging Canadians to invest in their own health choices because Canadians can already make many of these investments.

Donaldson, Currie and Mitton mentioned the problem of "asymmetrical information" as another limit on the possibility for gain from MSAs. Many consumers may have difficulty making informed decisions about their health care because they lack the appropriate information. In addition, the ability of consumers to become active health care consumers may vary across age and socioeconomic groups. ⁹⁴ Finally, they stressed that if governments were to allocate their health care dollars to MSAs, health care spending would remain the same. With money in MSAs, however, consumers may demand more and better access to services but the system may not be able to accommodate those increased demands and expectations. Their study concluded by suggesting that "valid and reliable piloting of

⁹² Ibid., pp. 58-59.

⁹³ Ibid.

⁹⁴ Ibid., p. 20.

| the medical savin fully informed jud | gs account mod lgments about i | lel in a Cana ts impact car | dian settin n be made. | ng would | certainly be r | equired before |
|---|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------|----------|----------------|----------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | • | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 95 Thid | | | | | | |



CHAPTER EIGHT:

COMPARATIVE ANALYSIS

During Phase Three, the Committee was made aware of substantial differences among countries in what they each cover under their public health care insurance programs and how these programs are funded. Health care systems also differ in terms of the role of private insurance and patient responsibility for paying part of their health care expenses. We learned that all health care systems are hybrids: they have a combination of public and private involvement in financing and delivering health care. The characteristics of each health care system also vary from country to country depending on their political economy and structure of government, as well as on the values of their respective society.

Despite these differences, most countries want similar things from their health care system: effective services that improve the health and quality of life of their citizens, equitable access to those services, and efficient use of health care resources. In pursuing those goals, however, different countries have taken very different paths. Moreover, choosing one direction over another has always entailed trade-offs. As Dr. James Björkman from the International Institute of Social Studies of the Netherlands eloquently put it:

(...) there are three criteria sought by all health care systems that I know of. These criteria are summed up in the quest for the highest quality care at the lowest reasonable cost for as many people as possible. In other words, policy-makers seek to improve access and to assure quality at the same time as ensuring cost-effectiveness.

Problematically, however, these three pull in different directions — that is, to get more of one usually entails getting less of others. The search is for the right combination appropriate for a particular country at a point in time. ⁹⁶

8.1 Financing And Coverage

As stated above, there are substantial differences among the countries considered in the Committee's study in terms of what is covered under their publicly funded health care system and how it is financed.

Our international comparative study indicated that the most comprehensive publicly financed health care systems are found in Germany, Sweden and the United Kingdom. The public share of total health care spending is greater in these three countries (with 84% in Sweden and the United Kingdom and 75% in Germany) than in Canada (70%).

⁹⁶ Dr. James Björkman (15:4).

Many countries with a similar share of public health care spending to Canada – such as Australia and the Netherlands – also provide coverage that is much broader than is available in Canada. This has usually been achieved with the participation of the private sector either

through the imposition of user charges or the involvement of private health care insurance.

In contrast to Canada, however, user charges for publicly insured health services are required in Australia, Germany, the Netherlands and the United Kingdom. Even in Sweden, which is generally recognized as being amongst the most socialized

[One] difference relates to what is covered publicly. In Canada, the public financing of the system is focused on hospitals and doctors. In many other countries, public financing extends much more into pharmaceuticals. I am not sure what the implications of that are for efficiency, but there are certainly implications of that with respect to equity and access to needed care.

Cam Donaldson, Professor, Department of Economics, University of Calgary (22:17)

of the European countries, user charges are required for publicly funded services. Furthermore, private health care insurance that covers the same benefits as public insurance is available in many countries, while it is not in Canada. For example, in Germany and the Netherlands, private health care insurance is voluntary for those people with an annual income over a certain level (public health care coverage is mandatory for those with low incomes). In those countries private insurers must accept all those who apply for coverage and must provide benefits equivalent to those offered under the public plan. In Australia and Sweden, government legislation requires that premiums charged by private health care insurers be community-rated (i.e. a single premium structure applies to everyone regardless

of their health status). The Australian government actively encourages residents to acquire private health care insurance by subsidizing 30% of its cost. In the United Kingdom, as in Australia, residents can purchase private insurance to cover services provided in private hospitals as well as in public hospitals.

The evidence suggests that a contribution of direct payments by patients, allowing private insurance to cover some services, even in publicly funded hospitals, and an expanded role for the private sector in the delivery of health services are the factors which have enabled countries to achieve broader coverage of health services

Differences also arise with respect to the extent to the two-tier system in different countries. In the U.K., everyone is locked into paying for the system. In Canada we pay through our taxes. However, unlike Canada, the U.K. has no restrictions on private purchase of publicly insured services. That is always portrayed as a great thing about the Canadian system, but one of the paradoxes is that in the U.K. only 10 per cent to 15 per cent of expenditures come from the private purse: in Canada that figure is 25 per cent. Therefore, what you have here is a different form of the two-tier system. It just covers a different set of services.

 $Cam \ \ Donaldson, \ \ Professor, \ \ Department \ \ of \ \ Economics, \\ University of Calgary (22:17)$

for all their citizens. Some countries like Australia and Singapore openly encourage private sector participation as a means to ensure affordable and sustainable health services.

⁹⁷ No single country relies exclusively on private insurance to provide health care coverage to its citizens. Even in the United States, where the private sector is a dominant player in the field of health care insurance, public funding accounts for 45% of total health care spending. The fact is that health care is different from other marketable goods and services.

With respect to user charges, Ake Blomqvist suggested that, while it would be difficult to start requiring direct partial payments from patients for physician and hospital services in Canada, these charges could help raise revenue to pay for an expanded basket of publicly-funded health services:

(...) I have come to the conclusion that we will never have a rational debate about user fees in Canada. The concept of user fees has become a symbol in the federal-provincial jostling over power in health care policy. We are all better off giving up on the idea of user fees for physician services and hospital services.

If, however, we expand the concept of Medicare to include publicly funded Pharmacare, and perhaps long-term care and home care as well, then I believe that the issue of user fees must be re-examined. I do not think that there is an example of a country that covers pharmaceuticals and long-term care that does not have some degree of patient co-payment. 98

By contrast, Mark Stabile stressed that while Canada has the opportunity to improve access to care and equity by expanding coverage to include other areas of health services not previously publicly funded, this will come at a trade off, probably in terms of Canada no longer offering first dollar coverage for all hospital and doctor services. ⁹⁹

In addition to the variations in public coverage, the health care insurance plans in the comparison countries also differ greatly in the sources of government revenue that are used to fund the public share of total health care spending. In Australia, Canada and the United Kingdom, public funding is largely derived from general tax revenue, while in Germany and the Netherlands most of the public funds allocated to health care are raised by the social insurance system through employers' and employees' contributions. In Sweden and Singapore, public funding for health care is generated from a combination of both general taxation and social insurance.

Are there particular lessons for Canada in the experience with the different approaches to health care funding in other countries? According to Ake Blomqvist, countries with a single payer health care system seem to better contain overall health care costs. In his view, it is worth considering the possibility of extending public health care coverage in Canada, while maintaining the single-payer principle:

(...) those countries whose systems most closely approach the principle of single-payer public funding, (...), also are those that devote the lowest share of GDP to health care costs. While Canada strictly respects the single-payer principle with respect to the services covered under the Canada Health Act, the fact that the range of benefits that is covered is relatively narrow means that, in reality, we have a mixed system with a relatively high degree of reliance on private funding. Thus if cost containment is a main objective,

⁹⁸ Ake Blomqvist (22:22-23).

⁹⁹ Mark Stabile, E-mail to the Committee, June 2001.

there would seem to be a prima facie case for extending public sector coverage to encompass a broader range of benefits, for example, by introducing a system of publicly funded Pharmacare, as suggested by the National Forum on Health. ¹⁰⁰

8.2 Primary Care

Perhaps the most interesting differences among the health care systems of industrialized countries reviewed by the Committee pertain to the way primary care is supplied and, in particular, the incentives to which primary care providers are subject.

In Canada, Australia and Germany, as well as in the original Medicare plan in the United States, the predominant form of delivery remains through general practitioners (family doctors) who operate as solo practitioners, and are paid through a fee-for-service scheme. From the viewpoint of patients, a valued feature of the fee-for-service remuneration scheme is that it places no significant restrictions on their choice of doctors. Critics of such a system say that it gives doctors incentives to provide many short visits, but no incentives – in fact disincentives – to fix multiple problems in one visit, or to provide education or counselling activities at the same time. Put simply, doctors who choose to have longer visits, and hence treat fewer patients daily, see in effect their remuneration reduced.

In contrast, primary care in the Netherlands and in many managed-care plans under American Medicare, is provided by general practitioners whose income is based on capitation, working in solo or group practices. Capitation funding, as the name suggests, is a per capita method of compensation. The amount of revenue a general practitioner receives is based on the amount of patients he/she treats, regardless of the number of visits. One advantage of capitation funding is that it encourages doctors to devote more time to their patients. Capitation, however, carries an incentive to under-service because payment is unrelated to the quantity of services provided. Moreover, a system of capitation that requires individuals to enrol with one particular general practitioner or group of health care providers reduces a patient's freedom to choose his/her own health care provider.

One of the attractive properties of a capitation system is that it can be modified to incorporate incentives for primary care physicians to make cost-effective decisions with respect to the use of a wide range of health care inputs (drugs, specialists, hospital services, diagnostic testing). The experience with GP Fundholding in the United Kingdom, and their recent transformation into Primary Care Groups, provides useful guidance in this regard. General practitioners involved in Primary Care Groups receive a mixture of remuneration including capitation, salary and fee-for-service (for selected items). It has been suggested that this combination of types of payment ensures an effective provision and utilization of health services.

¹⁰⁰ Ake Blomqvist, International Health System Comparisons: Lessons for Canada, Brief to the Committee, June 2001, p. 4.

According to Ake Blomqvist¹⁰¹, the fact that capitation has been widely used for a long time in the Netherlands means that its workability in providing cost-effective care is well established. The increasing importance of managed-care plans with capitated primary care providers in the United States, not only under the Medicare plan but in the general population as well, is further evidence in favour of its potential attractiveness. In Blomqvist's view, the capitation alternative should be given serious consideration as a central element in primary care reform in Canada. He also stressed that the United Kingdom experience clearly illustrates that it is possible to have a system in which capitation, salary and fee-for-service exist side by side, as alternative ways of paying for primary care.

Sweden is an outlier among the countries reviewed by the Committee in that most of its general practitioners are salaried. Under this salary mechanism, Swedish doctors are paid an annual income unrelated to their workload. The most common argument against salary remuneration is that providers tend to be unresponsive to their patients' needs. The main advantage of salary remuneration is that it does not encourage doctors to over-service patients by providing unnecessary care. The Committee was told that general practitioners in Sweden receive an overall level of remuneration that is lower than many other industrialized countries.

Overall, it seems that all remuneration methods create both desirable behaviour and undesirable behaviour. In this perspective, a number of Canadian experts believe that a blended system for remunerating family doctors, incorporating elements of fee-for-service and capitation and/or salary, would be more appropriate than one single payment mechanism.

However, the Committee was told that fee-for-service is a major impediment to primary care reform in Canada. According to Cam Donaldson:

The big difference here compared to many other countries is the remuneration of physicians. To me, this is a great barrier to reforming the system. I personally think that maintaining a fee-for-service form of remuneration is inconsistent with moving to a purchaser-provider model. I do not think that a purchaser-provider model will work with a fee-for-service form of remuneration. 102

8.3 Integration of Health Services

In contrast to a number of countries, the different elements of Canada's health care system are not well integrated financially. Separate financing means that the various health care providers and institutions tend not to take account of the costs and benefits of their actions to the system as a whole. According to Donaldson, Currie and Mitton, this lack

102 Cam Donaldson (22:18).

¹⁰¹ Ake Blomqvist, International Health System Comparisons: Lessons for Canada, Brief to the Committee, June 2001, p. 5.

of financial integration has led to «perverse incentives» within the Canadian health care system. 103

For example, regional health authorities and health care providers (hospitals, hospital doctors, and primary care doctors) in Canada very often act independently from each other and are remunerated separately. Consequently, they do not face the same incentives with respect to achieving common goals for the publicly financed health care system.

Regional health authorities do not have enough control of health care resources within their jurisdictions. First, doctors are remunerated independently of health authorities. Second, it is doctors who direct much of what happens in health care, but health authorities must pick up the tab. For example, when a physician orders a lab test or an X-ray, it is the health authority that carries the financial burden. If health authorities had control over the budget currently used to pay for doctors, the behaviour of both doctors and authorities would be more in line with each other. According to Donaldson, Currie and Mitton, some form of internal market or purchaser/provider split, as adopted in Sweden and the United Kingdom, could do this.

In Canada, the separation of the purchaser and provider function in the hospital sector already exists. In the past, purchasers have been the provincial ministries of health, with whom hospitals have negotiated their annual funding. In many provinces, the purchasing function is now being decentralized to regional health authorities which, in many ways, are in a position similar to the District Health Authorities in the United Kingdom in the 1990s (or to the county councils in the Swedish health care system).

International experience shows that accepting the principle of a purchaser-provider split would not imply significant change in Canada. The key is to be careful about the way the contracts between purchasers and providers are written and enforced, to whom the purchasers are accountable, and the incentives to which they are subject.

One element of such a reform would be to include the cost of physician services in the regional authorities' budgets, as has been done in Sweden. According to Ake Blomqvist, giving regional health authorities control over the aggregate cost of both hospitals and physician services would greatly strengthen their ability to make rational decisions about how to allocate their resources most effectively to promote population health. 104

Could greater financial integration of Canada's health care system be achieved by putting health care money in the hands of patients themselves through a system of MSAs? As Chapter 7 indicated, MSAs would make health care consumers more active participants in health care spending decisions. However, Donaldson, Currie and Mitton cautioned that: "Valid and reliable piloting of the medical savings account model in a

¹⁰³ Cam Donaldson, Gillian Currie, Craig Mitton, C.D. Howe Institute Commentary, *Integrating Canada's Dis- Integrated Health Care System, Lessons from Abroad*, No. 151, April 2001.

¹⁰⁴ Ake Blomqvist, Brief to the Committee, p. 9.

Canadian setting would certainly be required before fully informed judgements about its impact can be made." 105

8.4 Role of Government

Among the countries reviewed by the Committee, Canada is unique in that the central level of government plays a very small direct role in the delivery of health care. Under the Canadian Constitution, health care is a matter of provincial/territorial jurisdiction except in the case of some groups of people, the most important being the First Nations and the Inuit. Historically, the federal government, at a time when its share of overall health care spending was more important than it is now, had a controlling influence on the development of the Canadian health care delivery system which culminated in the Canada Health Act.

Given Canada's political structure, most analysts agreed that it would be difficult to adopt the approach taken by other countries to reform their health care system. Carolyn Hughes Tuohy pointed to three strategies for enacting and implementing health care reform:

A big bang approach to health care reform is very politically risky and it is rare that any government will take that chance. It requires a confluence or convergence of political developments that is very rare. You must be able to consolidate political authority on a fairly massive scale and you must have the political will to take the risk. To the extent that you consolidate authority, you also consolidate accountability, which then makes it more difficult to shift the blame to someone else.

We have seen big bang reforms on rare occasions. We saw it in Britain after the Second World War with the establishment of the NHS. We saw it in 1980s in Britain with the Thatcher government in its third successive majority mandate. These are rare events.

Blueprint-type reforms are more likely in coalition circumstances where bipartisan compromise is necessary. I have not mentioned certain U.S. states where we also saw blueprint approaches because of the need for bipartisan compromise with a similar result as that in the Netherlands. Things tended to stall or get rolled back as the complexion of the political coalition changed over time.

In Australia and Canada we have seen incremental reforms where federalprovincial consensus cannot be mobilized for something broader. That, also, is a

¹⁰⁵ Donaldson, Currie and Mitton, p. 20.

result of factors in the broad political arena and not in the health care arena itself.

Overall, proposals for a "big bang" overhaul of Canada's health care system would be difficult. Nonetheless, major changes are needed if the hopes and aspirations of Canadians are to be met.

Claude Forget, a former health minister in Quebec and an acknowledged expert on comparative health care systems, told the Committee that international experience should alert us to the dangers of a public system that is held hostage to the vagaries of political life, and that therefore fails to sustain a pragmatic, managerial approach to health care reform:

It appears that there are many instances of practical solutions being attempted [in Western Europe]. However, those systems are closely related with the political lives of their respective country means that the attempts are fragile. These experiments are not sustained, even when successful.

I would not condemn any system for attempting new solutions and changing its mind when new solutions are not effective. However, this has not been the case. The closeness of the system to the political life of the country means that ideological reasons are the cause of the system's failure.

We [in Canada] share that habit to some extent. It should alert us to the danger of a public system that is held hostage by the vagaries of political life. When the health care system is tied to the political system it fails to sustain a pragmatic, managerial approach to problem solving. 107

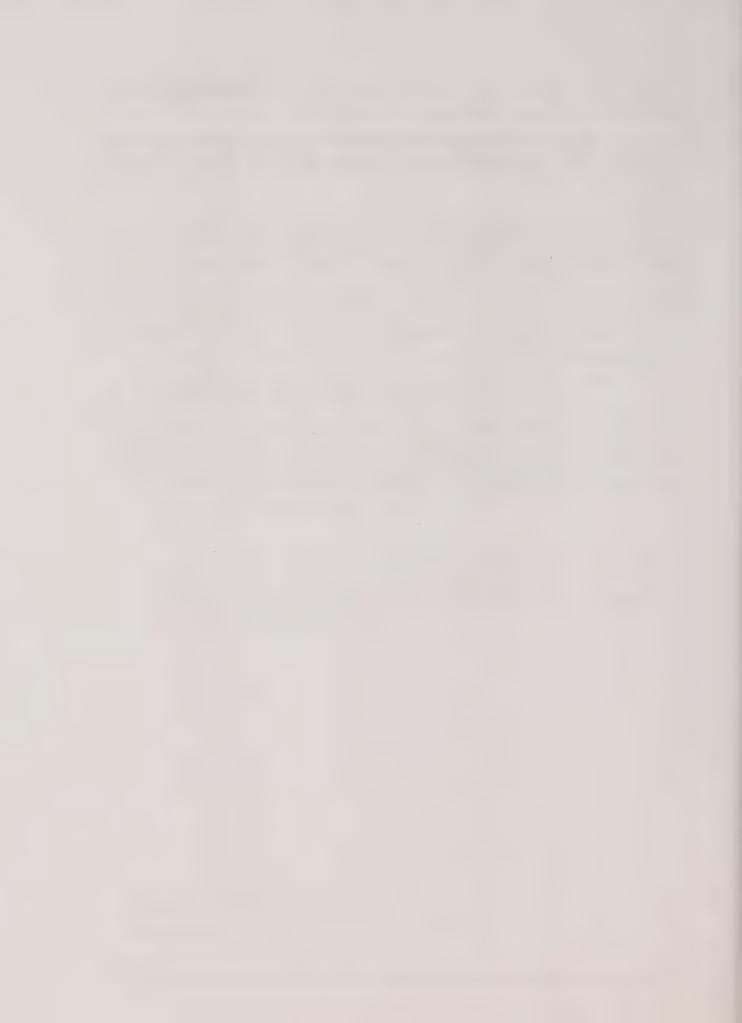
¹⁰⁶ Carolyn Tuohy (22:28).

¹⁰⁷ Claude Forget (22:14)

This report completes Phase Three of the Committee's study on health care. It summarizes the evidence we heard and makes reference to documents that were either commissioned by the Committee or brought to the attention of the Members.

Canadians may find some consolation in the fact that Canada is not alone in confronting complex health care issues. Everywhere in the industrialized world health care policy is thoroughly intertwined with the political, social, and even cultural life of each country. As such, every health care system is unique. Therefore, no single international model constitutes a blueprint for solving the challenges confronted by the Canadian health care system. However, experts told the Committee that careful consideration must be given to the repercussions in Canada of introducing, on a piecemeal basis, changes undertaken in other countries.

In its Phase Four report released recently, the Committee stressed the importance of adopting an open-minded approach to health care reform, and of considering the full range of available options, including those gleaned from the experience gained elsewhere in the world. We hope that this report will serve as a useful document to anyone who wishes to participate in the fifth and final phase of the Committee's study on health care – the set of public hearings which will lead to the Committee's final recommendations.



APPENDIX A:

LIST OF WITNESSES

Monday, May 28, 2001

(By videoconference)

From the Ministry of Health, Welfare and Sports of the Netherlands:

Dr. Hugo Hurts, Deputy Director, Health Insurance Division, Ministry of Health, Welfare and Sports of the Netherlands

From the International Institute of Social Studies of the Netherlands: Professor James Bjorkman

Thursday, June 7, 2001 (9:00 a.m.)

(by videoconference)

Swedish Parliament (Riksdag):

Lars Elinderson, Deputy member, Committee on Health and Welfare

Monday, June 11, 2001

(By videoconference)

German Health Ministry:

Georg Baum, Director General, Head of Directorate Health Care

Dr. Margot Faelker, Deputy-Director, Section Financial Issues of Statutory Health Insurance Dr. Rudolf Vollmer, Director-General, Head of Directorate Long-Term Nursing Care Insurance

Department of Health – Economic and Operational Research Division of the United Kingdon: Clive Smee, Chief Economic Adviser

University of Birmingham:

Professor Chris Ham, Director, Health Services Management Centre

London School of Economics:

Professor Julien LeGrand, Richard Titmuss Professor of Social Policy, LSE Health & Social Care

Tuesday, June 12, 2001

(By videoconference)

Australian Institute of Health and Welfare:

Dr. Richard Madden, Director

Australian Health Insurance Association:

Russel Schneider, CEO

National Centre for Epidemiology and Population Health – Australian National University Dr. Tony Adams, Professor of Public Health

Health Insurance Commission:

Dr. Brian Richards

Tuesday, June 12, 2001 (cont'd)

Australian Medical Association: Dr. Carmel Martin, Director Dr. Roger Kilham

Wednesday, June 13, 2001

Health Canada:

Ake Blomqvist, Visiting Academic, Applied Research and Analysis Directorate, Information, Analysis and Connectivity Branch and Professor, University of Western Ontario

University of Calgary:

Professor Cam Donaldson, Department of Economics

University of Toronto (by videoconference): Professor Colleen Flood, Faculty of Law

As an individual: Claude Forget

University of Toronto: Professor Mark Stabile, Department of Economics Professor Carolyn Tuohy, Department of Political Science

Thursday, June 14, 2001

(by videoconference)

U.S. Department of Health and Human Services:

Christine Schmidt, Deputy to the Deputy Assistant Secretary for Health Policy, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation

Ariel Winter, Analyst Tanya Alteras, Analyst

HEALTH CARE SPENDING, HEALTH CARE RESOURCES AND HEALTH STATUS: COMPARATIVE DATA, 1998

| | SPENDING ON HEALTH CARE | NG ON I CARE | PUBLIC HEALTH CARE SPENDING | LTH CARE | HEALTH CARE RESOURCES | 'H CARE URCES | HEALTH STATUS INDICATORS | STATUS TORS |
|------------------------------|----------------------------------|--|--------------------------------------|---|--|---|-------------------------------------|--|
| | As a % of Gross Domestic Product | Dollars per Capita at Purchasing Power Parity | As a % of Total Health Care Spending | As a % of Gross Domestic Product | Acute Care Beds (per 1,000 population) | Practising Physicians (per 1,000 population) | Life Expectancy at Birth (in years) | Infant Mortality Rate (per 1,000 of live births) |
| Australia | 8.5 | 2,043 | 69.3 | 5.9 | 4.01 | 2.51 | 78.3 | 5.0 |
| Canada | 9.5 | 2,312 | 69.6 | 6.6 | 2.91 | 2.1 | 79.1 | 5.51 |
| Germany | 10.6 | 2,424 | 74.6 | 7.9 | 7.1 | 3.5 | 77.3 | 4.7 |
| Netherlands | 8.6 | 2,070 | 70.4 | 6.0 | 3.7 | n.a. | 78.0 | 5.2 |
| Sweden | 8.4 | 1,746 | 83.8 | 7.0 | 2.7 | 3.1^{2} | 78.7 | 3.61 |
| United Kingdom | 6.7 | 1,461 | 83.7 | 5.6 | 2.4 | 1.7 | 77.3 | 5.7 |
| United States | 13.6 | 4,178 | 44.7 | 6.1 | 3.2 | 2.7 | 76.8 | 7.21 |
| DDD. Durchasing namer parity | r somital | | | | | | | |

n.a.: Non available.

1) 1997 data.

2) 1996 data.

Source: OECD Health Data (2000), United Nations (for life expectancy), and Library of Parliament.



Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral Volume Trois : Les systèmes de soins de santé dans d'autres pays

> Président L'honorable Michael J. L. Kirby

Vice-présidente L'honorable Marjory LeBreton



TABLE DES MATIÈRES

| TABLE DES MATIÈRES | i |
|---|--|
| ORDRE DE RENVOI | iv |
| SÉNATEURS | ······································ |
| INTRODUCTION | 1 |
| CHAPITRE UN: | 5 |
| SOINS DE SANTÉ EN AUSTRALIE | 5 |
| 1.1 Responsabilité de l'État | 5 |
| 1.2 Assurance-santé et protection | |
| 1.3 Financement des soins | |
| 1.4 Gestion et prestation | |
| 1.5 Particularités | 9 |
| CHAPITRE DEUX : | 12 |
| | |
| SOINS DE SANTÉ EN ALLEMAGNE | |
| 2.1 Responsabilité de l'État | |
| 2.2 Assurance-santé et protection | |
| 2.3 Financement des soins 2.4 Gestion et prestation | |
| 2.5 Particularités | |
| 2.5.1 Concurrence entre les caisses-maladie | |
| 2.5.2 Absence d'intégration | |
| 2.5.3 Soins à long terme. | |
| | |
| CHAPITRE TROIS: | 19 |
| SOINS DE SANTÉ AUX PAYS-BAS | 19 |
| 3.1 Responsabilité de l'État | 19 |
| 3.2 Assurance-santé et protection | |
| 3.2.1 Assurance des soins médicaux normaux | |
| 3.2.2 Assurance des soins médicaux exceptionnels | |
| 3.2.3 Supplément d'assurance volontaire | |
| 3.3 Financement des soins | |
| 3.4 Gestion et prestation | |
| 3.5 Particularités | 23 |

| CHAPI | ITRE QUATRE : | 27 |
|--------------|--|----|
| LES S | OINS DE SANTÉ EN SUÈDE | 27 |
| 4.1 | Responsabilité de l'État. | 27 |
| 4.2 | Assurance-santé et protection | |
| 4.3 | Financement des soins | |
| 4.4 | Gestion et prestation. | |
| 4.5 | <u>Particularités</u> | |
| CHAPI | TRE CINQ: | 35 |
| LESS | OINS DE SANTÉ AU ROYAUME-UNI | 35 |
| 5.1 | Responsabilité de l'État | 35 |
| 5.2 | Assurance-santé et protection | |
| <u>5.3</u> | Financement des soins | |
| <u>5.4</u> | Gestion et prestation. | 37 |
| 2 | 5.4.1 <u>Services hospitaliers</u> | 37 |
| 4 | 5.4.2 <u>Services des médecins</u> | |
| <u>5.5</u> | Prestation des soins privés | |
| <u>5.6</u> | Particularités | 40 |
| CHAPI | TRE SIX: | 43 |
| LES S | oins de santé aux États–Unis | 43 |
| 6.1 | Responsabilité de L'État | 43 |
| 6.2 | Assurance-santé et protection | 44 |
| <u>(</u> | 6.2.1 <u>Medicare</u> | |
| <u>(</u> | 6.2.2 <u>Medicaid et le SCHIP</u> | 46 |
| <u>(</u> | 6.2.3 Protection des assurances publiques et privées | 46 |
| <u>6.3</u> | | |
| <u>6.4</u> | | |
| 6.5 | Particularités | 49 |
| CHAPI | TRE SEPT: | 51 |
| CAISS | es d'épargne-Santé (Ces) | 51 |
| 7.1 | Les CES à Singapour | 51 |
| 7.2 | Les CES en Afrique du Sud | 53 |
| 7.3 | Les CES aux États-Unis | 55 |
| 2 | 7.3.1 CES du Secteur privé. | |
| _ | 7.3.2 Medicare Plus Choice | 58 |
| | Projets de CES pour Hongkong | 59 |
| 7.5 | Les CES : Le Débat | 60 |

| CHAP | ITRE HUIT : | 63 |
|-------------|--|-----------|
| | LYSE COMPARATIVE | |
| 8.1 | Financement et protection | 63 |
| 8.2 | Soins primaires | 66 |
| <u>8.3</u> | Intégration des services de santé | 67 |
| <u>8.4</u> | Soins primaires Intégration des services de santé | 69 |
| CONC | <u>LUSION</u> | 71 |
| ANNE | <u>X A</u> | 73 |
| | E DES TÉMOINS | |
| ANNE | <u>XE B</u> | 75 |
| DÉPE | ENSES DE SOINS DE SANTÉ, RESSOURCES DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET IN | DICATEURS |
| | ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION : DONNÉES COMPARATIVES, 1998 | |

ORDRE DE RENVOI

Extrait des Journaux du Sénat du 1er mars 2001 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur LeBreton, appuyée par l'honorable sénateur Kinsella,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner pour en faire rapport l'état du système de soins de santé au Canada. Plus particulièrement, que le Comité soit autorisé à examiner :

- a) les principes fondamentaux sur lesquels est fondé le système public de soins de santé du Canada;
- b) l'historique du système de soins de santé au Canada;
- c) les systèmes de soins de santé dans d'autres pays;
- d) le système de soins de santé au Canada pressions et contraintes;
- e) le rôle du gouvernement fédéral dans le système de soins de santé au Canada;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus sur la question par le Comité dans la deuxième session de la trente-sixième législature soient déférés au Comité;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 30 juin 2002;

Que le Comité soit autorisé, par dérogation aux règles usuelles, à déposer tout rapport auprès du greffier du Sénat si le Sénat ne siège pas à ce moment-là; et que le rapport soit réputé avoir été déposé à la Chambre du Sénat.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

ATTESTÉ :

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

Les sénateurs suivants ont participé à l'étude sur l'état du régime de santé du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie :

L'honorable Michael J. L. Kirby, président du Comité L'honorable Marjory LeBreton, vice-présidente du Comité

et

Les honorables sénateurs :

Catherine S. Callbeck
Joan Cook
Jane Cordy
Joyce Fairbairn, C.P.
Alasdair B. Graham, C.P.
Wilbert Keon
Yves Morin
Lucie Pépin
Douglas Roche
Brenda Robertson

Membres d'office du Comité:

Les honorables sénateurs : Sharon Carstairs C.P. (ou Fernand Robichaud, C.P.) et John Lynch-Staunton (ou Noel A. Kinsella)

Autres sénateurs ayant participé, de temps à autres, à cette étude :

Les honorables sénateurs Banks, Beaudoin, Cohen*, DeWare*, Ferretti Barth, Grafstein, Hubley, Joyal, C.P., Milne, Lawson, Léger, Losier-Cool, Rompkey, St. Germain, Stratton et Tunney.

*retraités



n décembre 1999, durant la deuxième session de la 36° législature, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a reçu du Sénat le mandat d'étudier l'état du système de soins de santé au Canada et d'examiner comment évolue le rôle du gouvernement fédéral dans ce domaine. Le Sénat a renouvelé le mandat du Comité à la première session de la 37° législature. Le mandat adopté aux fins de l'étude se lit comme suit :

Que le Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner pour en faire rapport l'état du système de soins de santé au Canada. Plus particulièrement, que le Comité soit autorisé à examiner:

- a) Les principaux fondamentaux sur lesquels est fondé le système public de santé au Canada;
- b) L'historique du système de soins de santé au Canada;
- c) Les systèmes de santé publique dans d'autres pays;
- d) Le système de soins de santé au Canada pressions et contraintes;
- e) Le rôle du gouvernement fédéral dans le système de soins de santé au Canada¹.

Muni de ce mandat vaste et complexe, le Comité a relancé en mars 2001 son étude pluriannuelle et polyvalente en cinq phases. Le tableau 1 présente les phases et les échéanciers.

Le présent document constitue la Phase Trois du rapport de notre étude sur les soins de santé. Conformément au mandat, le rapport examine les systèmes de santé publics dans d'autres pays. Plus précisément, il décrit et compare la façon que les soins de santé sont financés et dispensés dans six pays et les objectifs de la politique sanitaire nationale de ces pays. Il met en évidence les politiques qui pourraient être instructives pour le Canada.

¹ Débats du Sénat (Hansard), 2^e session, 36^e législature, volume 138, numéro 23, 16 décembre 1999.

TABLEAU 1 ÉTUDE SUR LES SOINS DE SANTÉ : PHASES ET ÉCHÉANCIER

| PHASES | CONTENU | ÉCHÉANCIER (RAPPORTS) | |
|--------|--|--------------------------|--|
| Un | Contexte historique et aperçu | Mars 2001 | |
| Deux | Tendances : Leurs causes et leurs effets sur les coûts des soins de santé | Hiver 2001 | |
| Trois | Modèles et pratiques dans d'autres pays | Hiver 2001 | |
| Quatre | Élaboration d'un document consacré aux questions et aux options | Septembre 2001 | |
| Cinq | Audiences portant sur les questions et les options, et élaboration du rapport final et des recommandations | Automne 2001- hiver 2002 | |

Les résultats et observations du rapport se fondent sur un examen de la documentation pertinente par les attachés de recherche du Comité, sur des études comparatives commandées avec l'aide de Santé Canada², sur des vidéconférences avec des responsables, des organismes et des experts sanitaires des pays étudiés, ainsi que sur des audiences publiques auprès des experts canadiens et sur l'analyse comparée des systèmes sanitaires dans le monde.

Dans ses choix, le Comité ne s'est pas limité aux pays qui ont un système semblable au nôtre. Nous avons voulu examiner plusieurs modèles, y compris ceux qui sont assez différents du nôtre et dont nous pourrons apprendre beaucoup car ils sont issus de pays engagés dans des réformes sanitaires. À cause du peu de temps à sa disposition, le Comité s'est limité aux systèmes de santé des pays suivants: Australie, Allemagne, Pays-Bas, Suède, Royaume-Uni, États-Unis. Nous avons également revu le fonctionnement du système des caisses d'épargne-santé de plusieurs pays.

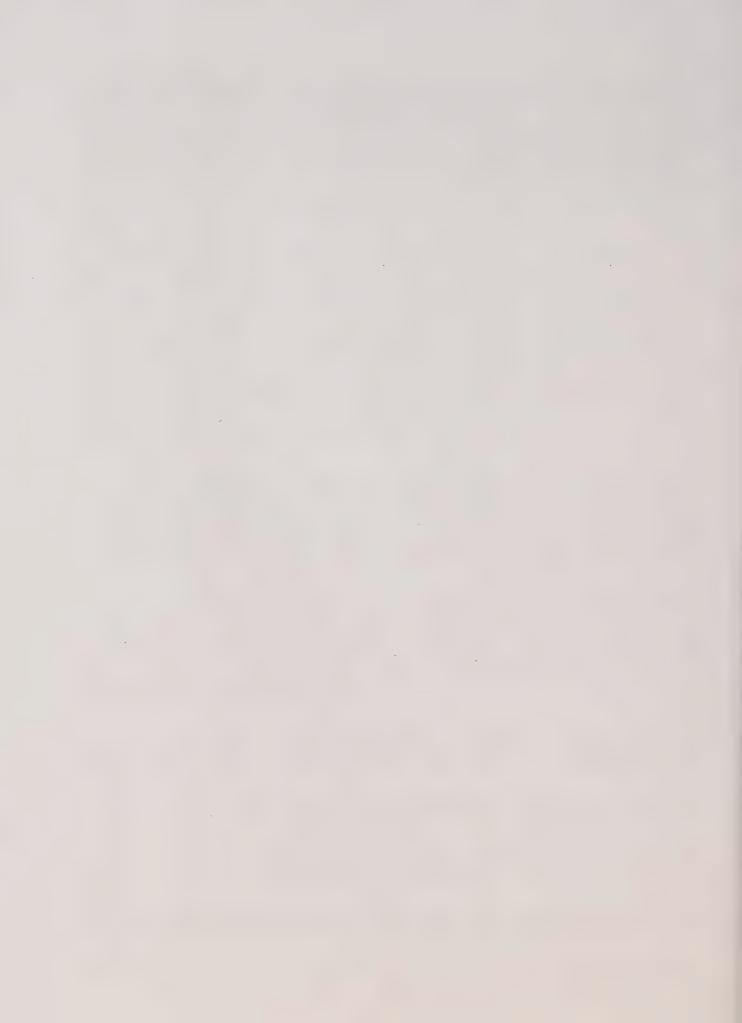
Le rapport compte huit chapitres³. Les chapitres un à six traitent des caractéristiques et particularités des systèmes de santé de l'Australie, de l'Allemagne, des Pays-Bas, de la Suède, du Royaume-Uni et des États-Unis. Ces chapitres sont structurés de la même

http://www.parl.gc.ca/common/Committee SenHome.asp?Language=F&Parl=37&Ses=1&comm_id=47.

² Deux études ont été commandées par le Comité. Ake Blomqvist, professeur d'économie à l'université Western Ontario a préparé un document sur le système de soins de santé suédois, *International Health Care Models : Sweden.* Colleen Flood, professeure à la faculté de droit, Mark Stabile, du département d'économie, et Carolyn Hughes Tuohy, du département de sciences politiques de l'Université de Toronto ont rédigé *Lessons From Away : What Canada Can Learn From Other Health Care Systems.* Ce document examine en profondeur les régimes de l'Australie, des Pays-Bas, de la Nouvelle-Zélande, de la Grande-Bretagne et des États-Unis. Les deux études se trouvent au site Web

³ Dans ce rapport, les témoignages reçus et parus dans les Délibérations du Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie ne seront indiqués que par le numéro du fascicule et de la page dans le texte.

façon et abordent les questions suivantes : responsabilité de l'État en santé; assurance-santé et protection; financement des soins; gestion et prestation; et particularités. L'information présentée dans les six chapitres est comparée à la réalité canadienne. Le chapitre sept examine les caisses d'épargne-santé établies à Singapour, en Afrique du Sud et aux États-Unis et les propositions mises de l'avant à Hong Kong. Enfin, le chapitre huit présente un examen comparatif des systèmes de soins de santé.



1.1 Responsabilité de l'État

Comme le Canada, l'Australie est un État fédéral. Comme au Canada, la responsabilité de la santé est partagée en Australie entre le gouvernement central (Commonwealth) et les autres paliers de gouvernement (six États et deux Territoires). En Australie cependant, le gouvernement national joue en santé un plus grand rôle qu'au Canada. Chez nous, les provinces ont une bien plus grande marge de manœuvre financière dans le domaine de la santé que le gouvernement fédéral, alors que les États et Territoires australiens dépendent largement du gouvernement du Commonwealth pour le financement de la santé. Tout comme au Canada, les gouvernements locaux (municipalités) jouent un rôle relativement modeste dans le système de soins de santé.

- Le gouvernement du Commonwealth établit les politiques au niveau national dans le domaine de la santé publique, de la recherche et de la gestion de l'information sanitaire. Le gouvernement national exploite Medicare, le régime d'assurance-santé public de l'Australie, et réglemente l'assurance-santé privée. En outre, il finance et réglemente les soins en résidence des aînés (foyers) et, conjointement avec les États et les Territoires, finance et administre certains services communautaires et à domicile. Les budgets de la santé proviennent de l'impôt général et d'une surtaxe dédiée de 1,5 % sur le revenu imposable.
- Les gouvernements des États et des Territoires ont la responsabilité première de la gestion et de la prestation des services de santé assurés par l'État. À ce titre, ils assurent les soins aigus et les services psychiatriques en établissement, ainsi qu'un ensemble de services de santé publique et communautaire comprenant la santé à l'école, les soins dentaires, la santé des mères et la santé des enfants. Les gouvernements des États et des Territoires sont également chargés de réglementer les soignants ainsi que d'accorder les permis et les autorisations aux hôpitaux privés. Les fonds assumés par les États et Territoires proviennent surtout des subventions du gouvernement national, de l'impôt général et des frais d'utilisation.
- Les gouvernements locaux sont chargés de promotion et des campagnes de prévention (comme l'immunisation) ainsi que des services touchant l'environnement (comme la désinfection et l'hygiène).

1.2 Assurance-santé et protection

En Australie, l'assurance-santé est un régime obligatoire du gouvernement national, qui fournit une protection universelle à tous les citoyens. Le régime public est plus

vaste qu'au Canada: il couvre les médecins, les hôpitaux, les médicaments d'ordonnance et certains soins communautaires et à domicile. Contrairement au Canada, des frais d'utilisation et la surfacturation sont parfois exigés dans le régime public. Le régime australien se compose de trois éléments:

- Le Medical Benefits Scheme (MBS) garantit l'accès aux services d'un médecin, hors des hôpitaux. Le MBS couvre une longue liste de services médicaux et précise le tarif applicable à chacun. Le MBS ne rembourse que 85 % des honoraires tarifés du médecin. En d'autres mots, les médecins australiens sont autorisés à surfacturer. Lorsque les médecins facturent directement le régime, ils acceptent que le pourcentage de 85 % constitue la totalité de leur honoraire et le patient ne paie rien. Lorsqu'ils facturent plus que le tarif prescrit, le patient doit payer la différence entre le régime et le tarif prescrit, puis réclamer un remboursement du régime ou encore obtenir du régime un chèque libellé au nom du médecin. Cependant une protection s'applique : une fois que le patient a déboursé 276 \$AUD en honoraires de médecin pendant l'année (environ 269 \$ CAD) il n'a pas à payer davantage. L'assurance privée n'est pas autorisée à couvrir les services médicaux déjà assurés par le régime public ou l'écart entre le régime et le tarif du médecin. Assez peu de médecins facturent les patients au-delà du 85 % de la grille du MBS⁴. La plupart des assistés sociaux et des anciens combattants, et certains autres patients, ne sont pas tenus de payer la facture supplémentaire.
- Les Australian Health Care Arrangements (AHCA) sont à la base du financement des services hospitaliers des États et des Territoires par le gouvernement national. Le gouvernement central verse des subventions annuelles globales qui sont renégociées aux cinq ans avec les États et les Territoires, ceux-ci garantissant en retour qu'ils n'exigeront pas de frais aux usagers pour les services hospitaliers publics. L'étendue de la protection couvrant les soins hospitaliers dépend du choix d'être un patient public ou privé. Les soins hospitaliers sont entièrement assurés aux patients publics dans les hôpitaux qui appartiennent à l'État ou au Territoire ou qui relèvent d'organismes sans but lucratif. Les patients publics ont également droit aux soins gratuits dans les hôpitaux privés qui ont passé avec l'État une entente pour les soigner. Cependant, lorsqu'une personne choisit d'être un patient privé dans un hôpital public (auquel cas il peut choisir son médecin) ou va à un hôpital privé, le gouvernement national ne défraie que 75 % du tarif prévu du médecin en milieu hospitalier. Tous les autres coûts sont défrayés par le patient. Le filet de sécurité du MBS qui vise les soins médicaux en et qui plafonne le total à payer par le patient durant une année ne s'applique pas aux soins hospitaliers assurés par le régime. L'assurance-santé privée est autorisée à couvrir la différence entre le 75 % du tarif du médecin et les frais réellement facturés. Les assureurs privés peuvent également fournir une protection supplémentaire pour la chambre d'hôpital et d'autres frais hospitaliers.
- Le Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS), qui utilise un formulaire national, offre l'accès gratuit aux médicaments prescrits hors de l'hôpital, sous réserve de

⁴ On estime que 70 % des services médicaux sont facturés directement.

seuils annuels⁵. Les bénéficiaires du PBS se divisent en deux catégories: les patients généraux et les patients particuliers Les patients généraux sont plafonnés à 20,60 \$AUD par ordonnance (17,10 \$CAD) jusqu'à un total de 612 \$AUD par an (environ 508 \$CAD); au-delà, ils ne payent que 3,30 \$AUD par ordonnance (2,80 \$CAD). Les patients particuliers paient 3,30 \$AUD par ordonnance. Une fois le plafond atteint par ces derniers (166 \$AUD) les médicaments sont payés en totalité par le gouvernement national. Si l'ordonnance vise un équivalent plus coûteux d'un médicament, le remboursement peut se limiter au prix du moins cher (politique du prix minimum). L'acheteur doit payer en totalité les médicaments qui ne sont pas inscrits sur le formulaire national et ceux qui coûtent moins que le copaiement. On estime que 75 % environ de tous les médicaments prescrits en Australie sont subventionnés par le PBS.

Comme au Canada, certains services ne sont pas assurés par le régime public d'assurance-santé, comme la chirurgie esthétique et les services assurés par le régime d'indemnisation des travailleurs, mais l'assurance privée peut couvrir des services connexes et paramédicaux. (physiothérapie et podologie, par exemple), ainsi que certains aides et appareils. Cependant, contrairement au Canada, l'assurance-santé privée complète et concurrence le régime public, car les assureurs privés peuvent couvrir les mêmes services que l'État. Les Australiens peuvent ajouter un complément aux services assurés par le régime public par l'assurance privée, mais ils ne peuvent pas se retirer du régime public puisqu'ils continuent à payer leurs impôts.

Le gouvernement national est chargé de réglementer l'assurance-santé privée et exige que les primes soient établies à un taux communautaire uniforme. Cela veut dire que les

assureurs privés doivent établir une grille commune pour tous les souscripteurs, peu importe leur état de santé. En d'autres mots, ils ne peuvent pas exiger une prime plus élevée à une personne présentant plus de risques, comme une personne âgée ou malade chronique. Le taux communautaire rend l'assurance privée accessible à une plus grande partie de la population. Cela nécessite en retour un système de réassurance, destiné permettre aux assureurs dont la clientèle comporte une grande part de personnes âgées et de malades chroniques de ne pas être désavantagés. Le gouvernement central a également instauré plusieurs incitatifs à l'achat de l'assurance-santé privée afin de lutter contre la tendance à la

(...) l'assurance-santé en Australie entièrement sur le concept de la mise en commun, ce qui reflète, d'après moi, le rôle social que les gouvernements veulent lui accorder. J'entends par « concept de mise en commun » le fait qu'il n'y a pas de différence de prime en raison de l'âge, du sexe, de l'état de santé ou du risque de santé possible. La seule restriction, c'est un délai de 12 mois pour toute affection préexistante avant l'inscription au régime. À la fin de ce délai de 12 mois, les prestations s'appliquent pleinement à cette affection préexistante et à tout trouble qui se développe à la suite de l'inscription au régime. Vous pouvez constater que le régime d'assurancesanté privé australien comporte un volet social très fort et travaille de pair avec le régime public.

Russell Schneider, président-directeur général, Australian Health Insurance Association (21:5)

baisse. Dans l'ensemble, quelque 40 caisses d'assurance-santé privée opèrent en Australie.

⁵ Comme au Canada, les médicaments d'ordonnance sont fournis gratuitement dans les hôpitaux publics.

1.3 Financement des soins

Comme au Canada, environ 70 % des dépenses totales de soins de santé sont financées par l'État (46 % par le gouvernement national et 24 % par les États et les Territoires) et 30 % sont financées par le secteur privé (voir annexe). Le gouvernement national finance une plus grande part des dépenses qu'au Canada. Le gouvernement du Commonwealth est le premier assureur des médicaments d'ordonnance et des services médicaux; il finance également la moitié des dépenses des hôpitaux.

Le régime public d'assurance-santé de l'Australie est financé en grande partie par l'impôt général, et notamment par une surtaxe nationale dédiée, calculée à 1,5 % du taux de base au-delà d'un certain seuil de revenu imposable. Ceux qui ne paient aucun impôt ne paient pas cette surtaxe, mais jouissent des pleins avantages du régime public. Les contribuables au revenu élevé qui ne sont pas protégés par une assurance-santé privée ajoutent 1 % de plus de leur revenu imposable à la surtaxe. La surtaxe de l'assurance-santé représente environ 27 % du financement du régime par le gouvernement national et 8 % des dépenses totales de soins de santé en Australie.

Le gouvernement national finance le régime de trois façons : 1) en subventionnant les médicaments d'ordonnance, les services médicaux privés et les services d'optométrie; 2) en subventionnant les États et les Territoires pour la prestation des services; 3) en versant des sommes ciblées aux gouvernements des États et des Territoires et à d'autres organismes. Les États et les Territoires complètent leur budget de santé en prélevant leur propre impôt.

Les soins destinés aux personnes âgées en foyer sont financés par le gouvernement national au moyen de subventions versées aux fournisseurs de service, selon le niveau et le type de soins requis. Les soins communautaires visant les personnes âgées en mauvaise santé et les handicapés sont financés conjointement par le gouvernement national et celui de l'État ou du Territoire.

Environ 25 % du budget des États et des Territoires va à la santé, et environ 69 % des fonds sont versés aux hôpitaux publics.

1.4 Gestion et prestation

Comme au Canada, la plupart des médecins australiens travaillent à leur compte. La plupart des soins primaires fournis par les généralistes de pratique privée sont payés à l'acte. Une petite part des médecins sont salariés, à l'emploi du gouvernement national, de celui de l'État ou du Territoire ou d'une administration locale. Les généralistes qui donnent des soins de première ligne « protègent » l'accès aux spécialistes qu'on ne consulte que sur référence.

Les hôpitaux sont publics ou privés. Les hôpitaux publics dominent : ils ont été soit établis par le gouvernement de l'État ou du Territoire, soit fondés par des organismes de charité ou des communautés religieuses, mais ceux-ci sont aujourd'hui financés directement par le gouvernement (hôpitaux privés sans but lucratif). Les spécialistes des hôpitaux publics sont soit salariés, soit payés à la séance. Les spécialistes salariés travaillant dans les hôpitaux publics

peuvent traiter certains patients dans ces hôpitaux à titre de patients privés, en facturant leur honoraire au patient et en versant une partie de ce revenu à l'hôpital.

Un petit nombre d'hôpitaux privés lucratifs construits et administrés par des entreprises privées fournissent des services publics en vertu d'ententes avec le gouvernement de l'État ou du Territoire. Cependant, les lits destinés aux soins les plus aigus et les cliniques externes d'urgence se trouvent dans les hôpitaux publics.

Les hôpitaux privés fournissent généralement des soins non urgents et moins complexes, comme la chirurgie élective simple, mais offrent de plus en plus des soins complexes utilisant la haute technologie. Comme les hôpitaux publics, certains établissements privés offrent la chirurgie d'un jour et d'autres interventions chirurgicales sans hospitalisation. Les hôpitaux publics et privés ne sont pas parfaitement équivalents : les établissements qui traitent des accidents et des urgences, de même que ceux qui offrent des soins complexes sur le plan technique et hautement spécialisés, demeurent concentrés dans le secteur public.

Une part importante des autres professionnels de la santé sont également travailleurs autonomes. En outre, de nombreux services indépendants de pathologie et d'imagerie diagnostique sont exploités par les médecins.

1.5 Particularités

L'Australie ressemble beaucoup au Canada: même système de gouvernement, grande superficie et mêmes résultats en matière de santé. La part des soins défrayés par l'État est la même, environ 70 % (voir annexe), Cependant, l'Australie dépense un plus faible pourcentage de son PIB en santé (8,5 %) que le Canada L'assurance-santé publique en Australie constitue un seul régime national, alors que le système canadien est un amalgame des régimes des provinces et des territoires. En Australie, le gouvernement national joue un plus grand rôle en santé que son vis-à-vis canadien; il est plus susceptible de prendre des mesures unilatérales lors de réformes.

Essentiellement, le régime australien diffère du régime canadien par les éléments suivants : 1) la protection offerte par l'assurance publique est beaucoup plus large; 2) les frais

Notre régime est semblable à celui du Canada. Le pourcentage du PIB consacré à la santé est un peu inférieur au vôtre et s'élève à 8,5 %. La relation entre le gouvernement fédéral et les gouvernements d'État en matière de santé est plus complexe : le gouvernement fédéral paie les services médicaux et les médicaments de façon directe et les États, comme les provinces canadiennes, s'occupent de l'administration des hôpitaux. Le gouvernement du Commonwealth transfère des montants considérables gouvernement d'État, contrairement à situations chez vous où les provinces doivent assurer leur propre financement. Notre secteur privé est beaucoup plus grand que celui du Canada et nous avons un régime d'assurance privé important qui est solidement appuyé par le gouvernement sur le plan financier et politique et qui soutient notre système d'assurance-santé. Ce régime finance notamment un réseau très vaste d'hôpitaux privés.

Par rapport aux autres pays, le crois que les similitudes sont plus grandes que les différences.

Dr. Richard Madden, directeur, Australian Institute of Health and Welfare (21:4)

d'utilisation et la surfacturation des services assurés par l'État sont des sources de revenu non

fiscales du système; 3) l'assurance privée complète et concurrence la protection de l'État. La protection plus large du régime australien est peut-être due à la volonté de recourir à des frais d'utilisation et à la surfacturation et à permettre l'assurance privée.

En Australie, le gouvernement du Commonwealth exploite le régime national d'assurance-médicaments, le PBS. On estime que le PBS a réussi à contenir le coût des médicaments d'ordonnance de plusieurs façons. D'abord, depuis 1993, le PBS n'inscrit pas un médicament sur son formulaire à moins de recevoir une évaluation positive en matière de sûreté, de qualité, d'efficacité et d'économie. Deuxièmement, on facture des frais plus élevés aux usagers pour les médicaments de marque lorsqu'une copie générique se vend moins cher. Troisièmement, un mécanisme de prix de référence garantit que le gouvernement ne rembourse que jusqu'à concurrence du prix du médicament le moins cher qui est l'équivalent thérapeutique du médicament prescrit.

Dans l'ensemble, le PBS subventionne environ 75 % de toutes les ordonnances en Australie, et le remboursement moyen est de 57 % du prix de l'ordonnance. Selon Colleen Flood, professeure de droit à l'Université de Toronto, même s'il s'agit d'une contribution importante des patients, elle se fait dans le cadre d'un système national cohérent qui garantit l'accès à ceux pour qui le prix serait un obstacle⁶.

En Australie, les médecins peuvent surfacturer. Par conséquent, ils ne sont pas inféodés à la rémunération de l'État. Ils peuvent facturer les patients les honoraires de leur choix, au-delà du tarif prévu. Pour cette raison, ils ont accepté un niveau de rétribution par l'État bien inférieur à ceux des médecins canadiens.

En Australie, on peut obtenir de l'assurance privée pour couvrir : 1) la partie du coût des services médicaux qui n'est pas assurée par l'État, dans les hôpitaux publics et privés pour les patients privés; 2) les coûts hospitaliers facturés aux patients privés dans les hôpitaux publics ou privés. Cependant, l'assurance privée est interdite pour les soins médicaux rendus hors des hôpitaux. On a affirmé que cette interdiction a eu des effets pervers (voir plus loin).

Le gouvernement national encourage fortement les Australiens à souscrire une assurance privée. Plus précisément, il offre aux détenteurs d'assurance privée une subvention égale à 30 % du coût de la police d'assurance. Ce rabais est offert à tous, peu importe le revenu, à titre de crédit d'impôt remboursable à 30 %. Ce rabais représente en moyenne 800 \$A en économies annuelles (environ 600 \$CAD). Le gouvernement national a pour objectif que le tiers de la population détienne une assurance privée.

Depuis juillet 2000, la loi qui prévoit le rabais de 30 % stipule que la compagnie d'assurance privée doit offrir des polices sans écart entre le tarif prévu pour les services médicaux dans la loi et la facture du médecin. Cette disposition vise à réduire les écarts et à faire connaître la surfacturation aux patients. Avant cette réforme, l'assurance privée ne couvrait que les tarifs médicaux prévus dans la loi, et la facture réelle pouvait être beaucoup plus élevée : deux patients pouvaient recevoir le même traitement et le patient privé recevrait une facture

⁶ Colleen Flood, Profiles of Six Health Care Systems: Canada, Australia, the Netherlands, New Zealand, the UK, and the US, 30 avril 2001, p. 12.

considérable non remboursée par l'assurance privée, tandis que le malade assuré par l'État ne voyait jamais de facture⁷.

En juillet 2000, on a introduit l'assurance-santé privée à vie. Elle permet aux personnes de 30 ans ou moins qui souscrivent une assurance-santé privée de payer leur prime moins cher pendant toute leur vie que ceux qui souscrivent plus tard. Au-delà de 30 ans, la prime augmente de 2 % par année pendant laquelle la personne tarde à se joindre. Cette mesure devrait réduire la prime et encourager les jeunes en santé à contracter de l'assurance privée, et à décourager les gens de prendre de l'assurance avant un traitement et à résilier leur police après.

Selon Carolyn Hughes Tuohy, professeure en sciences politiques de l'Université de Toronto, il n'est pas évident qu'une subvention considérable de l'État à l'assurance-santé privée utilise efficacement les fonds publics. Elle propose de diriger une somme équivalente vers le traitement public dans les hôpitaux publics⁸.

Durant les audiences, le D' Roger Kilham, de l'Association médicale australienne, a laissé entendre que l'assurance privée pour les services hospitaliers en Australie a entraîné un rationnement dans le système public, avec un temps d'attente plus long, et du resquillage :

(...) il y a plus de rationnement dans le secteur public et [...] l'accès y est limité. Il est très courant de rencontrer quelqu'un qui a attendu cinq ans pour se faire remplacer la hanche ou même plus longtemps pour se faire remplacer le genou. Il y a beaucoup de rationnement dans le secteur public : chez nous, nous appelons l'assurance privée une « assurance-resquillage ». Autrement dit, elle vous fait gagner des places. Voilà pourquoi elle est appréciée par les gens : ils savent qu'ils peuvent avancer plus vite que les autres, dans la mesure où ils en ont les moyens financiers.

On a débloqué des fonds publics pour lutter contre l'allongement des listes d'attente. Selon Russel Schneider, PDG de l'Australian Health Insurance Association, cela n'a pas réglé le problème :

Les listes d'attente dans les hôpitaux publics sont un problème politique dont l'importance est variable. Les gouvernements ont tenté de résoudre le problème en injectant plus de ressources financières dans le secteur public, mais la tendance semble être la même partout ailleurs dans le monde. On met plus d'argent, mes les listes d'attente ne diminuent pas. Tout ce que cela permet de faire, c'est d'inscrire sur la liste des gens qui ne s'y trouvaient pas auparavant 10.

Ces propos ont été repris par le D' Roger Kilham :

⁷ Jane Hall, «Incremental Change in the Australian Health Care System, » Health Affairs, mai-juin 1999, p. 95-110.

⁸ Carolyn Hughes Tuohy, The Political Economy of Health Care Reform: A Cross-National Analysis, 30 avril 2001.

Dr Roger Kilham (21:8).
 Russel Schneider (21:33).

D'après notre expérience, chaque fois que le gouvernement de l'État annonce un programme pour réduire les périodes d'attente, les listes d'attente ne font que s'allonger. Puisque le système permet de passer du système public au privé et de revenir au public, chaque fois que le gouvernement annonce qu'il dépensera plus d'argent pour réduire les listes d'attente, les attentes quant au service dans le secteur privé deviennent plus élevées et les gens s'inscrivent alors sur les listes d'attente du secteur public. En réalité, les programmes visant à réduire les périodes d'attente ne fonctionnent pas; ils ne font qu'augmenter le nombre de clients du secteur public¹¹.

M. Russel Schneider a également indiqué que le fait de restreindre l'assurance privée au service hospitalier a un effet pervers :

L'une des difficultés provient du fait que tous les traitements médicaux subis en dehors d'un hôpital sont financés à même une source unique, c'est-à-dire par le gouvernement, et peut-être aussi par un paiement pour les soins aux patients. L'assurance-santé ne s'applique pas aux traitements médicaux obtenus en dehors d'un hôpital.

Cela peut mener à des incitatifs absurdes au sein du système, car tant du point de vue du médecin que de celui du patient, le niveau de remise pour un service donné sera plus élevé si ce service est rendu dans un établissement hospitalier, que si le même service est rendu en dehors de l'hôpital. C'est probablement une critique qu'on pourrait formuler au sujet de notre système.

Il en découle aussi qu'il est difficile pour les assureurs d'essayer de limiter efficacement les coûts en contribuant aux interventions de soins primaires, ou traitement de soins primaires, pour la population. Par conséquent, il existe une imperfection dans le système. Ce que je dis suscite beaucoup de controverse politiquement, mais nous aurions un bien meilleur système de soins de santé si nous pouvions réorienter les énergies du secteur privé et du secteur public vers des interventions de soins primaires, plutôt que vers le financement de services hospitaliers coûteux, la haute technologie, auxquels sont limités les assureurs pour le moment¹².

¹¹ Dr Roger Kilham (21:33).

¹² Russel Schneider (21:10).

SOINS DE SANTÉ EN ALLEMAGNE

2.1 Responsabilité de l'État

L'Allemagne est une république fédérale composée d'un gouvernement national (fédéral) et de celui de 16 États (les *länder*). Le pouvoir de décision en matière de santé est partagé entre les deux paliers de gouvernement¹³:

Le gouvernement fédéral réglemente le système de soins de santé au niveau national. La politique sanitaire nationale repose sur les principes du système de sécurité sociale allemand, le modèle Bismarck. Le gouvernement fédéral a le pouvoir de réglementer les caisses-maladie (décrites plus loin) et l'assurance-santé privée. Il est également chargé de la politique des soins à long terme ainsi que de celle des prix de référence pour les médicaments d'ordonnance.

Les länder assurent la prestation des soins. Ils possèdent beaucoup d'hôpitaux, tout comme les administrations locales et les organismes de charité. Ils sont chargés d'entretenir toute l'infrastructure hospitalière de leur territoire, peu importe qui est propriétaire de l'hôpital. Les länder ont le pouvoir de financer les études médicales et supervisent les professionnels de la santé. Ils sont également chargés de la santé publique, de la promotion de la santé et de la prévention des maladies.

2.2 Assurance-santé et protection

L'assurance-santé repose en Allemagne sur trois régimes différents: 1) les caisses-maladie; 2) l'assurance-santé privée; 3) la protection de l'État fédéral pour les militaires, les policiers et les assistés sociaux.

En Allemagne, le régime public d'assurance-santé est administré par quelque 453 caisses-maladie. Ce sont des organismes privés sans but lucratif à clientèle régionale ou professionnelle. Il est <u>obligatoire</u> d'appartenir à une caisse pour les salariés qui touchent un revenu brut inférieur à 77 400 DM (en 2000) soit environ 63 000 \$ CAD; l'affiliation est est <u>facultative</u> pour ceux qui touchent davantage. La caisse protège ses membres, leur conjoint et leurs dépendants. Même si toutes les caisses-maladie sont régies au niveau fédéral par le « code social » elles sont essentiellement opérées par des représentants syndicaux et patronaux¹⁴.

La loi nationale permet aux caisses-maladie de hausser les cotisations de leurs membres et d'en déterminer le taux. Les cotisations sont fonction du revenu imposable et sont payées par le salarié et l'employeur à part égale. En 2000, les membres des caisses-maladie et

¹³ Après la réunification en 1990, le régime de soins de santé de l'ex-République démocratique allemande a été réformé pour correspondre à celui de la république fédérale d'Allemagne.

¹⁴ Les caisses-maladie sont des organismes privés sans but lucratif mais ils sont réglementés par l'État au point qu'on doit les considérer plus justement comme des organes quasi-étatiques.

leurs employeurs étaient tenus de cotiser conjointement 13,5 % du revenu brut en movenne (soit 6,75 % chacun). En deçà d'un certain seuil de revenu, l'employeur cotise¹⁵.

La protection du régime est beaucoup plus grande en Allemagne qu'au Canada. En fait, l'assurance-santé de l'Allemagne est l'une des plus complète au monde. Les caisses-maladie sont tenues par le code social d'assurer : les services médicaux, les services hospitaliers, les médicaments d'ordonnance, les services de diagnostic, les soins dentaires, les soins de réadaptation, les appareils médicaux, la psychothérapie, les soins infirmiers à domicile, les soins offerts par des nonmédecins (physiothérapie, orthophonie, ergothérapie, etc.) et le soutien au revenu durant les congés de maladie¹⁶.

Contrairement au Canada, on peut exiger des frais d'utilisation pour les soins assurés par le régime public. En 2000, ces frais, dont le niveau est établi par la loi nationale, s'appliquaient aux éléments suivants :

[...] le système de soins de santé légalement constitué en Allemagne fait partie du système de sécurité sociale de notre pays. Il fonctionne selon le même principe que le régime de pension et le régime d'assurance-chômage. C'est donc dire que son financement se fait avec des cotisations. Les taux de cotisations sont partagés en parts égales entre les employés et les employeurs. Lorsqu'une personne prend sa retraite, sa cotisation est versée par le régime de pension. Notre système se finance sans les impôts. Il fonctionne avec des cotisations. C'est là un point très important. C'est un système légiféré, mais il n'est pas exploité par le gouvernement. En ce sens, il diffère du régime de soins de santé nationale typique.

Ce système est financé par les caisses-maladie. Celles-ci ne sont pas exploitées gouvernement. Elles sont exploitées par des entreprises privées. Je les décrirais comme des institutions sans but lucratif qui fonctionnent sous le régime d'une loi fédérale, mais ont leur propre taux de cotisation.

Georg Baum, directeur général, Chef du Conseil d'administration, Soins de santé, ministère de la Santé de l'Allemagne (20:5).

- médicaments d'ordonnance (entre 2 et 8 DM, soit 7 \$ à 8 \$ CAD selon la quantité, ou 100 % du prix au-dessus du prix de référence);
- soins dentaires (paiement de coassurance variant entre 35 % pour certains services à 50 % pour les couronnes et les dentiers, selon le cas);
- l'hospitalisation (17 DM ou 14 \$ CAD par jour);
- les services de réadaptation (17 DM ou 14 \$ CAD par jour);
- le transport ambulancier (25 DM ou 20 \$ CAD par voyage).

Le frais d'utilisation sont soumis à un seuil annuel au-delà duquel les cotisants à une caisse-maladie sont exemptés des frais. Certaines personnes sont toujours exemptées des frais : personnes à faible revenu, bénéficiaires de l'assurance-chômage ou de l'aide sociale, enfants et malades chroniques.

¹⁵ Dans le cas des retraités et des chômeurs, la caisse de retraite et la caisse d'assurance-chômage assument le rôle financier de l'employeur.

¹⁶ Des psychologues spécialisés en psychothérapie sont devenus membres des associations de médecins et n'ont donc plus le statut de non-médecins.

L'assurance privée est accessible aux personnes dont le revenu brut annuel dépasse 77 400 DM (63 000 \$ CAD) et qui se sont volontairement retiré de la caisse-maladie. À l'heure actuelle, 52 compagnies privées offrent l'assurance-santé. Comme, en temps normal, il n'est pas permis aux gens de réintégrer une caisse-maladie après avoir opté pour l'assurance privée, les assureurs privés sont tenus d'offrir les mêmes avantages que la caisse-maladie, pour une prime qui n'est pas supérieure à la contribution maximale moyenne à la caisse. Cependant, les primes de l'assurance privée sont reliées au risque et reflètent les antécédents médicaux de l'assuré (contrairement à l'assurance privée australienne où les primes sont uniformisées au taux communautaire). En outre, contrairement à la caisse-maladie, les assureurs privés exigent des primes distinctes pour assurer les conjoints et les dépendants.

La couverture de l'assurance privée est également offerte aux travailleurs autonomes qui sont exclus des caisses-maladie. Les assureurs privés protègent également les fonctionnaires qui sont exclus de facto de la participation aux caisses-maladie car leurs frais de soins de santé sont remboursés à 50 % par l'État fédéral (l'assurance privée couvre le solde). Enfin, l'assurance privée peut offrir une protection supplémentaire aux cotisants aux caisses-maladie, qui n'ont pas légalement le droit d'offrir cette protection supplémentaire.

Au total, 80 % des Allemands sont couverts par une caisse-maladie : 74 % des Allemands sont membres obligatoires ou dépendants, tandis que 14 % sont des membres volontaires ou dépendants. Quelque 9 % des Allemands sont couverts par l'assurance privée; il s'agit surtout de personnes à revenu élevé. 2 % des Allemands sont assures par l'État (policiers, militaires, etc.). Moins de 1 % de la population ne bénéficie d'aucune assurance-santé (selon les témoignages, il s'agit généralement de travailleurs autonomes qui ont décidé de ne pas souscrire à une assurance privée).

2.3 Financement des soins

La part de l'État dans le total des dépenses de soins de santé est plus élevée en Allemagne (75 %) qu'au Canada (70 %). En Allemagne, le secteur privé assure le reste (voir annexe).

Les cotisations aux caisses-maladie constituent la principale source de financement des soins de santé en Allemagne (70 %). Les frais d'utilisation payés par les patients accaparent 12 %, tandis que le reste des fonds provient de l'impôt général (7 %), de l'assurance-santé privée (7 %) et de diverses sources (4 %)¹⁷. L'impôt général rembourse une partie des frais de soins de santé des fonctionnaires, des assistés sociaux et des caisses des agriculteurs.

2.4 Gestion et prestation

En Allemagne, un organe national, le Conseil consultatif pour la concertation en santé, établit les directives relatives au taux de croissance des dépenses de soins de santé. Il faut en tenir compte pour établir la rémunération des médecins et le budget des hôpitaux.

¹⁷ Données sur la santé de l'OCDE (2000).

Les soins primaires sont presque essentiellement le fait des médecins en cabinet. La majorité des médecins pratiquent seuls : seulement 25 % partagent leur cabinet. Les patients sont libres de choisir le médecin de leur choix, affilié à leur caisse-maladie. Les médecins allemands n'agissent pas comme intermédiaires entre le patient et les spécialistes : les patients peuvent consulter directement des spécialistes qui pratiquent hors des hôpitaux. Par conséquent, les spécialistes comme les généralistes donnent des soins primaires. Cependant, les médecins de soins primaires contrôlent l'accès aux soins hospitaliers.

Les médecins du secteur des soins primaires sont payés à l'acte. Au début de chaque année, dans chaque Land, les caisses-maladie et les associations médicales régionales négocient une enveloppe globale de rémunération. Par la suite, les associations médicales partagent ce total selon une grille de valeur uniforme. Cette grille énumère tous les services médicaux offerts par les médecins et pondèrent chaque service. À la fin de chaque trimestre, les médecins facturent leur association pour les services rendus. Cependant, les médecins ne savent pas exactement combien ils gagnent car la valeur pécuniaire de chaque service peut diminuer s'ils donnent trop de soins dans une catégorie donnée. Le médecin n'a pas le droit de surfacturer un patient assuré par une caisse-maladie.

Les caisses-maladie et les assureurs privés utilisent la même échelle pour rémunérer les médecins de soins primaires, mais l'un et l'autre pondèrent différemment les soins. En général, les assureurs privés procurent une rémunération plus élevée pour les mêmes services que les caisses. Cependant, les médecins qui traitent des patients couverts par une assurance privée ne sont pas soumis au plafond budgétaire des caisses. Par conséquent, ils obtiennent plus lorsqu'ils traitent des patients qui souscrivent une assurance privée.

Il y a quelque 2 030 hôpitaux généraux en Allemagne: environ 790 (39 %) appartiennent à l'État, 820 (40 %) à un organisme privé sans but lucratif et 420 (21 %) sont privés et lucratifs. Les Länder élaborent tous les « plans hospitaliers », qui fixent combien il faut d'hôpitaux dans chaque région. Pour chaque hôpital, on fait la liste des spécialités nécessaires, et du nombre de lits par spécialité.

Les Länder gèrent les investissements d'immobilisation dans le secteur hospitalier, tandis que les caisses et les assureurs privés financent les frais d'exploitation des hôpitaux. Avant les années 90, le financement des hôpitaux par les caisses passait par des frais de séjour uniformes pour un hôpital donné et indépendant du diagnostic, de la quantité des soins ou de la durée du séjour du patient. Les taux variaient d'un hôpital à l'autre selon leur taille et leur structure, et donc en fonction de la gamme de soins dispensés. Par conséquent, les frais généraux de séjour entraînaient des transferts de fonds considérables d'un département à l'autre dans l'hôpital.

Dans les années 90, le gouvernement fédéral a apporté plusieurs changements au financement des hôpitaux. Celui-ci se compose actuellement de trois volets :1) des frais de séjour du patient, couvrant normalement le gîte et le couvert; 2) une indemnisation particulière à chaque département pour les ressources supplémentaires qui y sont dépensées; 3) une rémunération forfaitaire pour les traitements spécialisés (oncologie, greffe, etc.)¹⁸.

¹⁸ Ce système est semblable aux groupes reliés au diagnostic en place aux États-Unis (voir chapitre 6).

Les médecins à l'emploi des hôpitaux publics sont à salaire. Les hôpitaux sans but lucratif et leurs médecins sont dans la même situation que les hôpitaux de l'État. Les dispositions sont un peu différentes dans les hôpitaux à but lucratif. Les médecins y sont payés à l'acte selon une grille établie par le gouvernement fédéral. Une partie du traitement du médecin de l'hôpital commercial est versée à l'établissement.

Comme en Australie, la loi fédérale prévoit le remboursement des médicaments d'ordonnance en fonction d'un prix de référence, par les caisses-maladie. Les prix de référence font l'objet d'une ordonnance du ministre fédéral de la santé. Pour limiter le prix des médicaments, le gouvernement fédéral a déposé en 1996 la liste des médicaments exclus. On envisage d'établir une liste positive des médicaments remboursables (formulaire national).

2.5 Particularités

Le système de soins de santé de l'Allemagne ressemble beaucoup à celui des Pays-Bas (voir chapitre 3), mais diffère beaucoup du régime canadien. D'abord, l'assurance-sociale (basée sur les cotisations de l'employeur et du salarié en fonction du revenu) constitue la principale source de financement des soins, plutôt que l'impôt général comme au Canada. Deuxièmement, le revenu généré par ces cotisations n'est pas géré par l'État, mais par les caisses-maladie. Troisièmement, la couverture de l'assurance-santé publique est plus complète en Allemagne qu'au Canada. Quatrièmement, le régime public allemand autorise des frais d'utilisation pour divers services assurés, ce qui est interdit au Canada. Enfin, l'assurance privée joue un rôle plus important en Allemagne.

La privatisation est un autre aspect important du régime de soins de santé allemand. Comme au Canada, les médecins ont leur propre cabinet et les pharmacies sont également privées. Le secteur hospitalier allemand combine des hôpitaux d'État, des hôpitaux privés sans but lucratif et des hôpitaux privés commerciaux. Comme en Australie et

contrairement au Canada, l'assurance-santé privée coexiste avec les caisses-maladie établies dans la loi.

Trois éléments du régime de soins de santé allemand sont particulièrement intéressants : la concurrence entre les caisses-maladie; l'absence d'intégration entre les soins de première ligne et les hôpitaux : enfin, l'introduction dans la loi, en 1994, de l'assurance obligatoire pour les soins à long terme.

2.5.1 Concurrence entre les caisses-maladie

Auparavant, les Allemands ne pouvaient choisir leur caisse-maladie: ils étaient assignés à celle qui correspondait à

Un système de répartition financière par péréquation est appliqué aux caisses-maladie. Grâce à cet instrument, nous sommes capables d'équilibrer les cotisations de façon à les rendre plus égales. À l'heure actuelle, nous déployons des efforts supplémentaires pour mettre sur pied un système plus perfectionné pour la répartition de l'argent entre les caisses-maladie. Nous avons quatre facteurs. Il s'agit du revenu, qui est l'un des aspects de la répartition de l'argent; le sexe. homme ou femme; le nombre de personnes assurées par un cotisant - nous avons le système familial, et l'âge. Ce sont là les quatre facteurs pertinents pour qu'une caissemaladie puisse verser de l'argent dans une autre caisse-maladie.

Georg Baum, directeur général, Soins de santé, ministère de la Santé de l'Allemagne, (20:18) leurs caractéristiques géographiques ou professionnelles. La répartition déterminée des caisses entraînait des écarts considérables dans les taux de cotisation, à cause des différences de revenu et de profils de risque de la clientèle. Depuis 1996 cependant, les membres d'une caisse-maladie régionale ou professionnelle ont le choix d'opter pour une autre caisse. Pour garantir des conditions uniformes, le gouvernement fédéral a également créé la même année un système de péréquation qui exige des caisses-maladie qu'elles uniformisent les écarts entre les taux de cotisation (fonction des revenus) et leurs dépenses (dues à l'âge et au sexe). Le libre choix de la caisse et le régime de péréquation de la structure de risque ont conduit des gens à changer de fonds passant de ceux où la cotisation est supérieure à la moyenne à ceux où elle est inférieure, ainsi qu'à un rétrécissement de l'écart entre les taux de cotisation.

2.5.2 Absence d'intégration

Avant 1993, les médecins de soins primaires ne pouvaient pas traiter des patients hospitalisés; pour leur part, les hôpitaux ne pouvaient pas offrir de chirurgie et avoir de cliniques externes, réservés aux généralistes, spécialistes ou dentistes. Les hôpitaux allemands devaient se concentrer sur les soins aux malades hospitalisés. Cela donnait lieu à beaucoup d'inefficacité, comme le dédoublement de l'équipement technique et la répétition des tests diagnostics.

Depuis, les hôpitaux allemands peuvent offrir des soins ambulatoires ou ouvrir des cliniques externes. En outre, généralistes et spécialistes ont maintenant accès à certains lits d'hôpitaux pour y effectuer des traitements. Il est plus facile aux médecins qui prodiguent des soins ambulatoires de soigner des malades hospitalisés et plus facile d'acheter conjointement de l'équipement technique coûteux.

2.5.3 Soins à long terme

Par le passé, les soins à long terme en Allemagne n'étaient offerts que dans les hôpitaux. Par conséquent, des gens étaient parfois hospitalisés pour des raisons non médicales. Pour rectifier cette situation, le gouvernement fédéral a déposé en 1994 un projet de loi sur l'assurance-santé à long terme. Tous les cotisants des caisses-maladie, et ceux qui reçoivent une protection complète de l'assurance privée ont été déclarés automatiquement membres du régime d'assurance-santé à long terme, administré à la fois par les caisses et par les assureurs privés. Les membres et leurs employeurs doivent verser ensemble 1,7 % du revenu mensuel brut (soit 0,85 % chacun).

Toute personne admissible aux soins infirmiers a le choix entre le soutien financier aux soins donnés par des proches et les services professionnels à titre de prestation en nature. En outre, les personnes qui prodiguent des soins à leurs proches à la maison peuvent suivre des cours de formation gratuitement et sont assurées contre les accidents, contre l'invalidité et pour la vieillesse. Pour les personnes qui nécessitent des soins infirmiers en établissement à long terme, on offre les avantages des cliniques de jour ou de nuit, ainsi que les soins en établissement pour personnes âgées ou en foyer spécial.

3.1 Responsabilité de l'État

Les Pays-Bas ont un gouvernement unitaire¹⁹. Cependant, c'est un pays très décentralisé qui compte 12 provinces et 646 municipalités. Chaque province dispose de son propre organe représentatif et détient des responsabilités dans beaucoup de domaines. Cependant, leur rôle est relativement limité en matière de santé. La politique sanitaire des Pays-Bas est en grande partie monopolisée par le gouvernement national²⁰. La situation diffère donc de celle Canada, où la responsabilité des soins est partagée entre le fédéral et les provinces.

Le gouvernement national des Pays-Bas assume plusieurs aspects des soins de santé, sur lesquels il exerce un contrôle financier. Contrairement au Canada, la contribution financière du gouvernement par le biais de l'impôt général est relativement faible, comptant pour moins de 10 % du total des dépenses de soins de santé²¹. Comme en Allemagne, la majeure

partie des fonds publics alloués à la santé aux Pays-Bas provient du système d'assurancesociale auquel cotisent les employés et leur employeur.

Le gouvernement néerlandais réglemente le régime de soins de santé au pays. Entre autres choses, il exige que certains groupes acquièrent de l'assurance, réglemente étroitement les assureurs pour s'assurer qu'ils ont une stabilité financière, contrôle les négociations entre les acheteurs et les fournisseurs, et établit un budget cible qui indique sa volonté à toutes les parties qui dépensent en soins santé.

Les Néerlandais ont un État unitaire, et ils n'ont pourtant aucune prestation directe de services. Ce qu'ils ont - et pas seulement dans le secteur de la santé, mais aussi dans tous les autres secteurs très stratégiques -, c'est un organisme directeur. En fait, même lorsqu'on utilise le terme « contrôle », on peut certes dire que l'État dirige les comportements et peut imposer des pénalités, mais on n'a pas l'impression d'un contrôle intransigeant parce qu'une grande part de persuasion a été intégrée au système. (...), si le gouvernement remarque une modification des tendances, il en examinera les répercussions avant d'établir une façon de la modifier.

D^r James Björkman, Institut international d'études sociales des Pays-Bas (15:19)

3.2 Assurance-santé et protection

Aux Pays-Bas, le système de soins de santé ressemble à celui de l'Allemagne; il est donc très différent du système canadien. Il n'existe pas un régime unique d'assurance-santé publique qui protège toute la population comme au Canada, mais plutôt un mélange de régimes

¹⁹ Les Pays-Bas sont une monarchie constitutionnelle avec constitution écrite (révisée la dernière fois en 1983). Le pouvoir exécutif relève de la Couronne tandis que le pouvoir législatif appartient à la fois à la Couronne et aux deux chambres du Parlement.

²⁰ Maarse, J. A. M. (Hans), "The Health System of the Netherlands" in *Health Care and Reform in Industrialized Countries* (University Park, Penn.: The Pennsylvania State University Press, 1997), pp. 135-36.

²¹ Ministry of Health, Welfare and Sport, Health Care Insurance in the Netherlands, July 2000, p. 7.

public, social et privé. Chaque Néerlandais a un accès garanti à l'assurance-santé, bien que certains (travailleurs à revenu élevé) ne sont pas tenus de l'acheter (mais rares sont ceux qui ne le font pas). Contrairement au Canada, les frais d'utilisation ne sont pas considérés comme un obstacle à l'accès aux soins et peuvent être exigés au point de service.

Aux Pays-Bas, on distingue entre « soins médicaux normaux » d'une part et soins à long terme ou traitements très coûteux au « coût exceptionnel » d'autre part, où le risque dépasse les moyens du patient ou de l'assurance privée. Plus précisément, il y a trois catégories d'assurance-santé :

3.2.1 Assurance des soins médicaux normaux

La première catégorie d'assurance-santé couvre les soins médicaux normaux. Il s'agit de tous les traitements médicaux et chirurgicaux effectués par les généralistes et les spécialistes, de certains soins dentaires et des médicaments d'ordonnance. La couverture des dépenses médicales normales provient de divers régimes d'assurance-santé, certains d'État, d'autres privés (et volontaires). Plus précisément, il existe trois formes d'assurance pour les dépenses médicales normales :

- 1. La couverture publique, régie par la Loi nationale de l'assurance-santé, est administrée par des caisses-maladie. Les caisses-maladie sont des institutions privées sans but lucratif qui couvrent tous les travailleurs gagnant moins que 64 600 florins en l'an 2000 (42 000 \$CAD). Les salariés doivent obligatoirement appartenir à une caisse-maladie et plus de 64 % de la population néerlandaise y participe actuellement. Le salarié et son employeur versent une prime dont le maximum est fixé par règlement. Les patients doivent également verser des frais d'utilisation pour les soins assurés par leur caisse-maladie, jusqu'à un plafond annuel de 200 florins (130 \$CAD). Il existe plus de 24 caisses-maladie. À l'origine, elles étaient régionales, mais à la suite des réformes entreprises depuis 15 ans, chaque caisse dessert tout le pays et les Néerlandais peuvent choisir celle à laquelle ils souhaitent appartenir. Les caisses sont en concurrence pour les membres. Comme en Allemagne, la caisse paie directement les soignants un tarif convenu pour les soins donnés, de sorte que les membres d'une caisse n'ont pas à débourser d'argent lorsqu'ils vont voir le médecin (sauf pour payer les frais d'utilisation au besoin).
- 2. Les personnes qui gagnent un revenu supérieur au plafond prescrit ont la possibilité de souscrire une assurance privée, ce que font la plupart d'entre eux (31 % de la population néerlandaise). Ceux qui ont une assurance privée n'ont pas à payer de cotisation en fonction de leur revenu pour financer une caisse-maladie. Les assureurs privés sont soit commerciaux, soit sans but lucratif. Certains assureurs sans but lucratif appartiennent aux caisses-maladie tandis que d'autres sont des mutuelles qui appartiennent à leurs cotisants; d'autres encore appartiennent à de

grosses multinationales. Les assureurs commerciaux sont surtout de grosses compagnies d'assurance polyvalentes qui assurent également la vie, la propriété et l'automobile. Les détenteurs d'assurance privée paient le coût des soins et sont remboursés par la suite par leur assureur. Les assureurs privés doivent accepter tous les nouveaux adhérents qui demandent une protection équivalente à celle d'une caisse-maladie. Les frais d'utilisation et les primes perçues dans le cadre du régime d'assurance privée sont soumis à la loi nationale.

3. La troisième forme de couverture pour les dépenses médicales normales s'applique aux fonctionnaires de tous les paliers de gouvernement, qui constituent les 5 % restants de la population néerlandaise. Le régime est obligatoire et les patients sont généralement remboursés de 80 % à 90 % de leurs dépenses médicales. La protection est un peu plus étendue que celle des caisses-maladie (remboursement partiel pour les couronnes et les ponts dentaires, les verres de contact, la chiropraxie, etc.); le régime est administré par 12 ententes spéciales avec des assureurs privés.

3.2.2 Assurance des soins médicaux exceptionnels

La deuxième catégorie d'assurance-santé est prévue à la Loi sur les dépenses médicales exceptionnelles. Il s'agit du seul régime national obligatoire d'assurance-santé qui protège toute la population. Connu sur l'acronyme AWBZ, le régime couvre des dépenses exceptionnelles comme les soins à long terme (en foyer), la maladie mentale, l'invalidité physique, etc. Quiconque est assuré pour des risques normaux par un autre régime a automatiquement droit aux avantages du régime de dépenses exceptionnelles. De cette façon, les personnes n'ont à traiter qu'avec un seul assureur qui administre toute la protection, quelle que soit la source du financement. L'ensemble de la population doit contribuer au fonds, peu importe qu'on en utilise ou non les services. La prime est établie en pourcentage du salaire et versée par l'employeur. Les malades peuvent être tenus de payer des frais d'utilisation pour certains services. Le gouvernement national fournit également des fonds aux personnes assurées dans certaines conditions et pour couvrir certains services (clinique d'avortement, soins intensifs à domicile, tests prénataux et périnataux, etc.).

3.2.3 Supplément d'assurance volontaire

La troisième catégorie est le supplément d'assurance volontaire pour les formes de soins jugés moins nécessaires, et qui ne sont pas couverts par les deux autres catégories. Ce supplément d'assurance-santé ressemble à celui de l'assurance privée au Canada, et couvre les services que l'assurance-santé d'État ne couvre pas.

3.3 Financement des soins

Le tableau en annexe renseigne sur les dépenses de soins de santé dans certains pays de l'OCDE. Selon ces données, la part de l'État dans les dépenses en soins de santé s'élevait

à 70,4 % pour 1998 aux Pays-Bas²². Rappelons que contrairement au Canada et comme en Allemagne, le régime public d'assurance-santé est un volet de l'assurance-sociale : les fonds destinés à la santé proviennent des cotisations des employeurs et des salariés, et non de l'impôt général. Les fonds ne sont pas gérés par le gouvernement néerlandais, mais par les caisses-maladie. Moins de 10 % des fonds destinés à la santé provient de l'impôt général prélevé par le gouvernement national. Les autres sources de fonds sont les primes versées aux régimes privés d'assurance et les frais d'utilisation.

Les caisses-maladie tirent leur financement de trois sources essentiellement. D'abord, les salariés assurés et leur employeur payent une cotisation en fonction du revenu et sous un plafond fixé par la loi nationale. Les cotisations sont regroupées puis distribuées aux caisses-maladie. Deuxièmement, depuis 1991, les membres des caisses-maladie doivent également payer un forfait nominal, établi par chaque caisse et donc variable de l'une à l'autre. Cette mesure met les caisses en concurrence. Enfin, les caisses-maladie reçoivent une subvention annuelle du gouvernement national pour couvrir les coûts de certains groupes, en particulier les personnes âgées.

Les soins médicaux des fonctionnaires sont financés par des cotisations de ces derniers et des employeurs. Le participant paie une cotisation nominale et un pourcentage de son salaire.

L'assurance privée est volontaire, sauf lorsque le souscripteur est un pensionné ou qu'il appartient à un groupe à risque. Les personnes de ces catégories ont droit à une police standard subventionnée par le gouvernement national. Les primes des régimes d'assurance privée, ainsi que les copaiements et les franchises, sont fonction de la protection choisie, sous réserve des limites établies par la loi nationale.

Les fonds pour couvrir les coûts de la deuxième catégorie d'assurance, l'AWBZ, proviennent des cotisations et des paiements des assurés. Les cotisations sont prélevées en même temps que l'impôt sur le revenu et s'établissent à un pourcentage du revenu imposable. L'employeur retient les cotisations des salariés sur leur salaire et les verse aux autorités fiscales. Les assurés de moins de 15 ans ne sont pas tenus de payer des cotisations. Le financement de l'AWBZ comprend également des subventions directes du gouvernement national et des frais d'utilisation.

3.4 Gestion et prestation

Comme au Canada, la plupart des hôpitaux aux Pays-Bas sont privés et sans but lucratif. Beaucoup sont affiliés à des communautés religieuses protestantes, catholiques ou autres. Le budget des hôpitaux et des soins en établissement, ainsi que la rétribution des soignants, découlent de négociations centrales entre les représentants des assureurs et des soignants²³. Depuis 1983, les hôpitaux néerlandais sont financés à partir d'un budget global annuel prospectif négocié avec les représentants des assureurs privés et des caisses-maladie. Les budgets prospectifs ne sont pas fonction du volume des soins fournis, mais dépendent du

²² Données sur la santé de l'OCDE (2000).

²³ Akved & H.E.G.M. Hermans, "The Netherlands" in *Medical Law – Suppl.* (Deventer and Boston: Kluwer Law and Taxation Publishers, 1995) p. 25.

territoire desservi, du nombre de lits autorisés, du nombre de spécialistes et du nombre de contrats entre les hôpitaux et les assureurs. Ces budgets s'appliquent aux patients assurés par l'État et par un assureur privé et couvrent presque toutes les dépenses encourues à l'hôpital, sauf l'honoraire des spécialistes²⁴. Même si le gouvernement néerlandais ne participe pas aux négociations sur le budget des hôpitaux, il doit donner son approbation avant la construction de nouveaux établissements ou avant tout d'investissement important dans les infrastructures hospitalières.

Comme au Canada, la plupart des généralistes néerlandais sont en pratique privée. Les membres des caisses-maladie choisissent un médecin de famille à partir de la liste de ceux qui sont à contrat avec la caisse, et ne peuvent en changer pendant un an. Les médecins de famille servent ensuite de porte d'accès au reste du système. Les caisses-maladie rétribuent les médecins de famille par capitation (tarif annuel par personne), à un tarif uniforme pour l'ensemble des Pays-Bas, après négociations entre les représentants des médecins et les assureurs²⁵. Cela diffère de la situation canadienne, où les généralistes sont rémunérés à l'acte et où les négociations sur la rémunération font intervenir le gouvernement. Les patients protégés par une assurance privée paient les médecins à l'acte et sont remboursés par l'assureur.

Comme au Canada, les caisses-maladie et les assureurs privés paient les spécialistes à l'acte. Il y a deux grilles tarifaires pour les spécialistes, une pour les services assurés par la caisse-maladie à ses membres et l'autre pour les personnes détenant une assurance privée. Les spécialistes à l'emploi des hôpitaux universitaires et des établissements psychiatriques sont à salaire. Les pharmaciens sont payés à l'acte tant par le régime public que par les assureurs privés.

3.5 Particularités

La caractéristique la plus remarquable du système de soins de santé néerlandais est sa dépendance envers le secteur privé pour le financement et la prestation des soins. Parmi les pays de l'OCDE, ce pays est le deuxième après les États-Unis pour la part de l'assurance-santé privée, bien que chaque habitant dispose d'une protection et que les frais d'utilisation constituent une part relativement modeste du coût du système (7 % en 2000). Ce n'est qu'après la Deuxième Guerre mondiale que le gouvernement néerlandais a commencé à participer à fond au régime de soins de santé, et même là, la longue tradition de propriété

Nous sommes le seul pays de l'Union européenne dans lequel plus de 30 % des habitants ont une assurance privée pour les soins actifs. Il y a une quinzaine d'années, nous avons dû commencer à réglementer le secteur des soins de santé privés. Si le système fonctionne toujours – j'émets ici une opinion personnelle –, c'est uniquement parce que la gestion de tous les mauvais risques sanitaires dans le secteur privé fait l'objet d'une lourde réglementation, ce qui a permis au reste du marché de survivre.

D^r Hugo Hurts, directeur adjoint de la Division de l'assurance-santé du ministère de la Santé des Pays-Bas

privée et de prestation des soins par le secteur privé n'a jamais été abandonnée, malgré l'implantation d'une réglementation très poussée par l'État.

²⁴ OECD, Health Policy Studies No. 2, The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries (Paris: OECD, 1992), p. 92.

²⁵ Colleen Flood, International Health Care Reform: A Legal, Economic and Political Analysis (London: Routledge, 2000), p. 107.

Selon Colleen Flood, le système de soins de santé des Pays-Bas se caractérise, comme celui du Canada, par la détermination de garantir l'accès aux soins selon le besoin et non la capacité de payer. Cependant, les Néerlandais sont beaucoup plus ouverts au recours à l'assurance-santé privée pour atteindre cet objectif que les Canadiens. Par conséquent, nous a dit Flood, alors que les Néerlandais sont d'accord avec le financement progressif des soins, par lequel le patient contribue selon ses moyens, ils ne tiennent pas au financement de l'État en soi²⁶.

Selon M^{me} Flood, le régime néerlandais qui assure les soins médicaux « normaux » donne l'impression de pouvoir devenir un système à deux vitesses, ce que beaucoup au Canada craignent. Cependant, elle note que deux facteurs s'opposent à cette tendance. D'abord, celui qui détient une assurance privée ne peut pas revenir au régime public pour certains de ses besoins médicaux. Les assureurs privés doivent couvrir tous les besoins et pas seulement filtrer la demande pour les cas les plus faciles comme la chirurgie élective (comme en Grande-Bretagne). Deuxièmement, la protection de l'assurance privée ne confère pas aux Néerlandais la possibilité de resquiller dans les listes d'attente du système public. Cela est vu comme une atteinte au code déontologique du médecin que de préférer un malade protégé par une assurance privée, et les deux types de malades sont traités côte à côte dans les mêmes hôpitaux.

Le système de soins de santé des Pays-Bas a fait l'objet de nombreux projets de réforme depuis 15 ans. En 1987, la Commission Dekker, établie par le gouvernement national, a publié un rapport contenant tout un train de recommandations. Si celles-ci avaient été toutes mises en œuvre, elles auraient restreint le contrôle de l'État et introduit beaucoup d'éléments propres au marché, ce qui aurait changé le régime de soins de santé des Pays-Bas dans deux aspects fondamentaux.

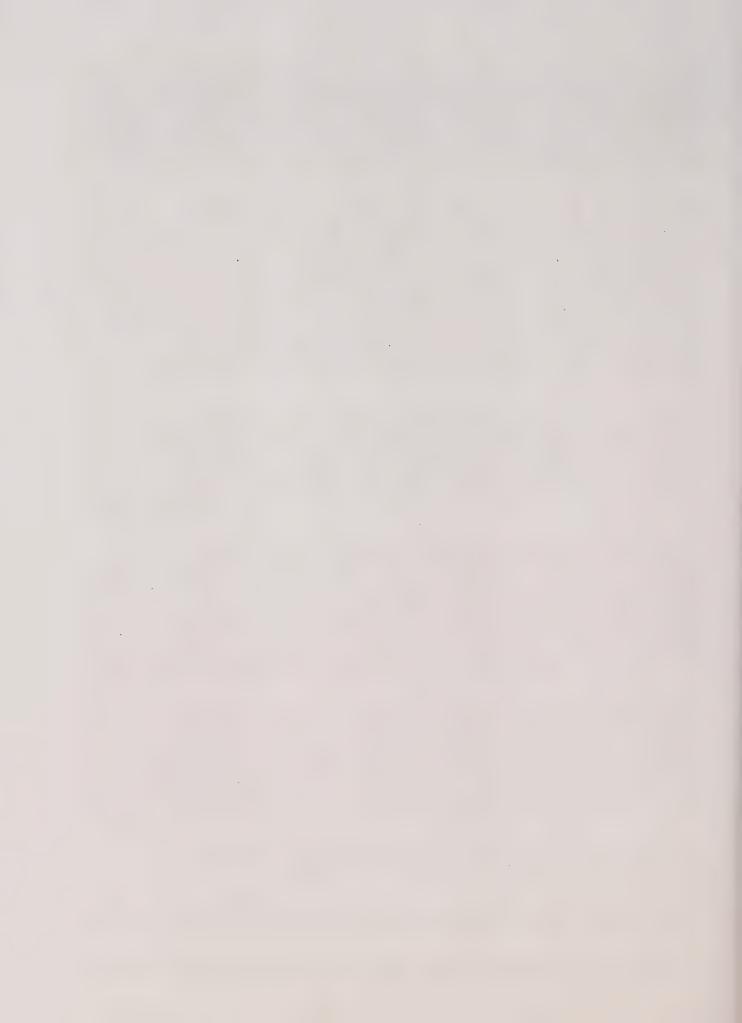
D'abord, la Commission Dekker recommandait que tous les assureurs (caisses-maladie et assureurs privés) soient intégrés et que la protection de base soit définie. Selon ses recommandations, la population aurait continué de choisir entre des régimes d'assurance concurrents, mais la distinction entre les caisses-maladie et l'assurance privée aurait disparue pour l'essentiel : chaque régime d'assurance aurait été tenu d'offrir une protection minimale précisée par règlement du gouvernement national. Cela devait donner aux gens un choix plus large, permettant de choisir parmi tous les régimes disponibles celui qui offrait les caractéristiques et les primes correspondant le mieux à leur situation propre.

Deuxièmement, la Commission Dekker recommandait que tous les assureurs aient le choix de contracter les soignants (généralistes, spécialistes, hôpitaux). Cela aurait permis aux assureurs de se concurrencer pour attirer des membres en fonction du niveau et du type de soins que leur combinaison particulière de soignants pouvait offrir. Ces deux nouveaux types de concurrence - entre les assureurs pour attirer les membres à leur régime et entre soignants pour obtenir des contrats avec les assureurs - étaient également recommandés dans l'espoir que cela aiderait à contenir les coûts et déboucherait sur une prestation plus économique.

Seulement certaines recommandations du rapport ont été mises en œuvre entre 1989 et 1993. On a notamment permis aux caisses-maladie de prendre de l'expansion dans le

²⁶ Colleen M. Flood, Profile of Six Health Care Systems: Canada, Australia, the Netherlands, New Zealand, the United Kingdom and the US, 30 April 2001, p. 13.

pays et les gens qui étaient couverts par elles ont eu le droit de choisir leur assureur. En outre, les personnes assurées par les caisses-maladie doivent maintenant payer un forfait nominal, en sus de leur cotisation fonction du revenu. Cependant, depuis 1994, les gouvernements nationaux successifs ont décidé de ne pas aller plus loin dans la mise en œuvre des réformes Dekker et d'opter pour un changement graduel au sein du système existant composé de trois régimes d'assurance-santé distincts.



4.1 Responsabilité de l'État

Le régime politique suédois est unitaire mais, dans la pratique, il est très décentralisé – au point qu'il ressemble à bien des égards à un régime fédéral. Comme au Canada, la compétence en santé en Suède est partagée entre les gouvernements national et sub-nationaux. En Suède, il y a 26 conseils de comté et 288 municipalités.

- Le gouvernement national est responsable des questions de politique publique et de la législation en matière de soins de santé et d'assurance-santé²⁷. De plus, le gouvernement national transfert aux conseils de comté et aux municipalités des fonds pour la santé.
- Les conseils de comté²⁸ sont pleinement responsables de la gestion et de la prestation des soins de santé offerts à leur population, dans les limites de la loi nationale. Cette responsabilité porte sur les soins primaires, les soins hospitaliers, les médicaments d'ordonnance, la santé publique et les soins préventifs. Les conseils de comté financent la plus grande partie des soins de santé par l'impôt qui s'applique sur leur
- Les municipalités sont responsables du financement et de l'exploitation du régime de soins de santé et des foyers pour personnes âgées, personnes atteintes d'une incapacité et malades psychiatriques chroniques. Comme les conseils de comté, les municipalités ont le droit de percevoir un

4.2 Assurance-santé et protection

territoire.

Comme au Canada, l'accès à l'assurancesanté publique en Suède est universelle. Toutefois, les frais modérateurs qui s'appliquent ne sont pas perçus

impôt auprès de leur population.

En cas de visite à l'hôpital, les frais [modérateurs] sont légèrement plus élevés [que dans les centres de soins primaires]. Cela s'explique parce que nous avons voulu que le patient choisisse un niveau de soins moins coûteux compte tenu de son état de santé.

(...)

L'idée est ici que c'est à vous à déterminer si vous devez vous rendre à l'hôpital ou si vous pouvez vous contenter de vous faire soigner au centre de santé local.

Lars Elinderson, député, Parlement suédois (19:6 et 19:7)

²⁷ La loi nationale la plus importante est la *Loi sur la santé et les services médicaux* de 1982 qui établit le partage des compétences entre le gouvernement national et les conseils de comté. La loi impose également certaines restrictions qui s'appliquent autant à la prestation qu'au financement des soins de santé par les conseils de comté. La loi nationale ne définit pas les soins de santé ou les médicaments de base ou essentiels.

²⁸ Les conseils de comté sont des administrations régionales autonomes dont les membres sont élus à tous les quatre ans au moment des élections nationales et municipales. Il y a actuellement 23 conseils de comté; 3 grandes municipalités (Gotland, Gothenburg et Malmo) ont choisi de ne pas appartenir à un conseil de comté et assument donc les mêmes responsabilités que les conseils de comté en matière de soins de santé.

comme une menace à l'accès au régime public d'assurance-santé et les conseils de comté sont libres d'exiger des frais modérateurs, dans les limites établies par le gouvernement national.

La protection offerte par le régime public d'assurance-santé en Suède est beaucoup plus étendue qu'au Canada: honoraires des médecins, services hospitaliers, médicaments et soins dentaires²⁹. Les soins de longue durée et les soins à domicile sont également assurés par le régime public pour certains groupes de la population (personnes âgées, personnes atteintes d'une incapacité et malades psychiatriques chroniques).

Contrairement à ce qui se passe au Canada, toute assurance-santé privée qui offre les mêmes avantages que le régime public est légale en Suède, mais très peu de gens recourent à cette formule.

4.3 Financement des soins

Comme au Canada, les soins de santé en Suède sont essentiellement financés par le secteur public à partir de l'impôt et l'assurance sociale (c.-à-d. les cotisations de l'employeur et de l'employé). Des impôts sont levés par le gouvernement national, les comtés et les municipalités³⁰.

Le gouvernement national participe de deux façons au financement des soins de santé : en subventionnant directement les conseils de comté (pour les services des médecins et des hôpitaux) et en distribuant des fonds provenant du régime d'assurance sociale pour les services de santé désignés qui sont offerts par les comtés et les municipalités (honoraires des médecins en cabinet privé, médicaments d'ordonnance, soins dentaires, soins de longue durée et soins à domicile). La contribution versée par le gouvernement national aux conseils de comté est proportionnelle à la population; à cela s'ajoute des rajustements pour tenir compte de la condition socioéconomique de la population et d'autres facteurs. Cette contribution représente quelque 10 % du revenu total des conseils de comté. Le transfert de fonds provenant du régime national d'assurance sociale aux conseils de comté et aux municipalités est proportionnel à leur population³¹.

La plupart des ressources publiques utilisées pour payer les soins de santé en Suède proviennent de l'impôt sur le revenu perçu par les conseils de comté. Chaque conseil de comté est libre de fixer son propre taux d'imposition en fonction de ses dépenses. Le gouvernement national a, en certaines occasions, limité le taux d'imposition des conseils de comté. Ainsi, à la fin des années 80 et au début des années 90, le gouvernement national a imposé unilatéralement un gel sur le taux d'imposition des conseils de comté. Aujourd'hui, le

²⁹ La gestion et le financement des soins de longue durée dans des foyers de soins et des soins à domicile ne relèvent pas des conseils de comté, mais des municipalités.

³⁰ L'impôt national sur le revenu est progressif (le taux étant plus élevé pour les revenus imposables plus élevés). Les conseils de comté et les municipalités perçoivent un impôt proportionnel (un taux fixe du revenu imposable de chaque personne). La base d'imposition des conseils de comté des municipalités est l'impôt national de base.

³¹ Le régime d'assurance sociale est administré par la Régie nationale d'assurance sociale ou Rickforsakringsverket. Le régime est obligatoire pour toute personne âgée de plus de 16 ans et est financé principalement par les cotisations retenues sur le salaire, le reste étant comblé par des subventions nationales.

gouvernement national exerce toujours un certain contrôle sur ce taux : les conseils qui perçoivent des recettes additionnelles en haussant leur taux d'imposition reçoivent du gouvernement national une contribution réduite de la moitié des recettes additionnelles qu'elles perçoivent.

Les municipalités sont responsables du financement des soins de longue durée et des soins à domicile pour certains groupes de la population suédoise. Elles doivent rembourser aux conseils de comté les frais des soins de courte durée des résidents de foyer qui ont été hospitalisés une fois que ceux-ci ont reçu un traitement complet et obtenu leur congé. L'indemnité quotidienne que les municipalités doivent rembourser aux conseils de comté pour ces patients est établie par règlement par le gouvernement national.

En Suède, il y a deux catégories de dépenses de soins de santé privées : les frais modérateurs payés par les patients au point de service et les dépenses des assureurs privés. Les dépenses des assureurs privés sont minimes (à peine 2 % des dépenses totales de soins de santé), mais les frais modérateurs sont importants. Contrairement au Canada, la Suède exige des frais modérateurs pour les services de santé offerts par le régime public; ces frais s'appliquent aux services des médecins et des hôpitaux, ainsi qu'aux médicaments et aux soins dentaires. Chaque conseil de comté établit sa propre tarification pour les soins de clinique externe.

Les frais modérateurs liés à l'hospitalisation et aux médicaments d'ordonnance sont fixés par le gouvernement national. Celui-ci impose aussi des « mesures de plafonnement » pour limiter le montant maximal qu'une personne doit payer de sa poche en un an pour des services de santé et des médicaments. Au-delà de ces plafonds, il n'y a plus de frais modérateurs. Des mesures spéciales sont prévues pour les personnes à faible revenu et les personnes âgées de moins de 20 ans qui n'ont aucun frais modérateurs à payer.

Les frais modérateurs exigés pour un séjour à l'hôpital s'élèvent à quelque 12 \$ par jour et les frais de consultation d'une infirmière ou d'un médecin pour des soins primaires varient entre 15 \$ et 20 \$. La mesure de plafonnement, établie par le gouvernement national, prévoit que les frais modérateurs pour les services d'un médecin ou d'un hôpital ne peuvent dépasser 135 \$ par personne par année. Pour les médicaments d'ordonnance, les patients doivent payer une franchise de 135 \$ par année et une partie du reste jusqu'à concurrence de 270 \$ par année (soit un maximum de 405 \$ par année).

En Suède, les frais modérateurs sont considérés comme « essentiels pour que les gens choisissent le service le plus économique ». Ils ne sont pas perçus comme un obstacle à l'accès. Pas plus qu'ils ne sont conçus pour faire des économies. En fait, le coût d'administration des frais modérateurs (perception des frais et suivi des montants payés par chaque personne pour ne pas dépasser le plafond) est presque aussi élevé que le total des frais perçus.

Le Comité a appris que les assurances-santé privées, que peu de Suédois souscrivent jusqu'à maintenant, sont maintenant de plus en plus populaires à cause des listes d'attente :

Il existe effectivement des assurances médicales privées mais à toute petite échelle, étant donné que le système public est censé assurer tout pour tout le monde. Toutefois, en

raison de problèmes d'accessibilité, en raison des listes d'attente et ainsi de suite, il y a des gens (...) qui souscrivent une police d'assurance privée pour pouvoir être rapidement admis dans un hôpital en cas d'urgence. (...) Le taux de croissance du nombre de ces assurés privés est de l'ordre de 80 % environ, et ce taux augmente très rapidement en raison précisément du problème des listes d'attente et des autres problèmes propres au système public³².

4.4 Gestion et prestation

La gestion et la prestation des soins de santé incombent principalement aux conseils de comté. Il existe toutefois des lois nationales qui obligent chaque comté à offrir toute la gamme des soins essentiels à tous les citoyens, sans égard à leur capacité de payer ou à leur lieu de résidence.

Les conseils de comté sont propriétaires des centres locaux de soins primaires, où les patients sont vus par des médecins ou des infirmières. La plupart des médecins et infirmières sont des employés salariés du conseil de comté. Seul un nombre limité de médecins (moins de 10 %) pratiquent en cabinet privé. Cela contraste avec le Canada où la plupart des médecins exploitent leur propre cabinet privé et sont rémunérés à l'acte par le régime public d'assurance santé. Les médecins suédois à l'emploi du secteur public n'ont pas le droit de pratiquer leur art à temps partiel dans le secteur privé.

Les conseils de comté ont le pouvoir de négocier les conditions d'établissement des cabinets privés et de régir le nombre de patients qu'un médecin peut recevoir en un an.³³. Le médecin qui pratique en cabinet privé doit conclure une entente avec le conseil de comté pour être remboursé par l'assurance-santé publique; ainsi, les conseils de comté sont en mesure de réglementer le marché des soins de santé privé. En fait, les médecins qui pratiquent à temps plein en cabinet privé le font presque tous dans le cadre du régime public. Le patient qui consulte en cabinet privé un médecin qui n'a pas conclu un accord avec un conseil de comté doit payer la totalité des honoraires au fournisseur³⁴.

La vaste majorité des hôpitaux appartiennent également aux conseils de comté, et le personnel, y compris les médecins, sont des salariés à leur emploi³⁵. Au Canada, la plupart des hôpitaux sont des organismes à but non lucratif privés, et très peu de médecins sont salariés. Il y a neuf hôpitaux privés en Suède, dont la plupart sont situés dans les grandes villes³⁶. L'assurance-santé publique ne rembourse pas aux patients les frais des soins reçus dans ces hôpitaux. Seuls les patients bien nantis peuvent se payer des soins hospitaliers privés³⁷. Selon M. Elinderson, député du Parlement suédois, les hôpitaux publics sont moins productifs et moins efficients que les hôpitaux privés :

³² Lars Elinderson (19:8).

³³ Le gouvernement national transfert aux conseils de comté, par l'entremise de son régime d'assurance sociale, les fonds nécessaires pour payer les médecins en cabinet privé.

³⁴ Oganisation mondiale de la santé (OMS), Health Care Systems in Transition - Sweden, 1996, p. 8.

³⁵ Slon les conseils de comté, le patient doit être référé pour consulter un spécialiste dans un hôpital.

³⁶« Swedish Health Care System Robust, Despite Regional Disparities » Ocular Surgery News – International Edition, mai 1997.

³⁷ Margit Gennser, Sweden's Health Care System, l'Institut Fraser Institute, 1999.

La gestion publique des installations hospitalières en Suède remonte à il y a longtemps. En outre, les conseils d'administration sont constitués de politiques et non de médecins ou d'avocats ou de professionnels de la santé. Je pense que cela a créé un climat qui n'est pas très propice à une augmentation de la productivité. C'est la première chose.

Deuxièmement, les hôpitaux ne sont pas financés suivant leur rendement car leur budget est fixe. Tout le personnel, les professionnels de la santé, reçoivent un salaire fixe. Cela n'incite pas à une forte productivité. Je vous ai donné deux des explications possibles³⁸.

En Suède, la prestation des services de santé a été très peu privatisée dans l'ensemble. Hormis les services auxiliaires généraux, la plupart des services de santé sont encore fournis par des établissements appartenant aux conseils de comté ³⁹.

Contrairement à ce qui se passe au Canada, les conseils de comté en Suède remboursent tous les médicaments d'ordonnance, en partie grâce à une subvention du gouvernement national. Tous les médicaments prescrits par les médecins et les hôpitaux sont achetés par un seul organisme national, l'*Apoteksbolaget*, une société d'État qui est propriétaire de toutes les pharmacies communautaires et des pharmacies d'hôpitaux de la Suède. Tous les pharmaciens sont donc des employés du secteur public. L'*Apoteksbolaget*, qui exploite ces pharmacies en vertu de contrats d'un an avec le conseil de comté, est tenue par la loi de fournir les médicaments à un prix unique partout dans le pays, prix qui doit être le plus bas possible pour les consommateurs et la société. Les patients doivent payer leurs médicaments d'ordonnance jusqu'à un maximum de 405 \$. Ils reçoivent ensuite une carte qui leur donne droit à des médicaments d'ordonnance gratuits pour le reste de l'année.

4.5 Particularités

En 1992, le gouvernement national de la Suède a introduit une « garantie de soins » qui fixe un temps d'attente maximal ne dépassant pas trois mois pour les tests de diagnostic, les tests d'audition et certains types de chirurgies électives (traitement des coronaropathies, remplacement de l'articulation de la hanche et du genou, chirurgie de la cataracte, enlèvement de calculs biliaires, chirurgie des hernies inguinales, chirurgie pour des problèmes de prolapsus et d'incontinence). Par la suite, il a introduit des garanties de temps d'attente maximal pour les consultations de médecins de soins primaires (8 jours) et de spécialistes (3 mois).

Le gouvernement national a accordé aux conseils de comté une autre subvention visant précisément à diminuer les temps d'attente. Dans certains cas, les conseils n'ont distribué ces fonds que dans les hôpitaux qui étaient en mesure de garantir que les patients seraient traités dans la période prescrite.

³⁸ Lars Elinderson (19:9).

^{39.} OMS, p. 13.

Il semble que la garantie de soins a permis de réduire sensiblement les temps d'attente, au point que les listes d'attente ont cessé d'être un enjeu politique⁴⁰. La garantie de soins a été abandonnée lorsqu'un nouveau gouvernement a été élu. Et le problème des longues listes d'attente a ressurgi.

Le gouvernement national a aussi adopté une loi qui donne aux patients le droit de choisir librement l'hôpital dans lequel ils désirent recevoir leur traitement. Avant cette réforme, les patients qui devaient être hospitalisés ne pouvaient recevoir leur traitement que dans l'hôpital auquel ils étaient rattachés, c'est-à-dire l'hôpital desservant la région de résidence du patient. Lorsqu'un patient choisit de recevoir des soins dans un hôpital autre que celui auquel il était rattaché auparavant, une somme précise d'argent peut être transférée du budget d'un hôpital au budget de l'autre. Les conseils de comté doivent donc payer certains services fournis à leurs

citoyens à d'autres conseils de comté. La population en général attache une importance considérable à la liberté de choix accrue que cette loi lui offre. Selon bien des observateurs, cela a aussi entraîné un grand changement dans la façon dont les patients en attente d'une chirurgie sont traités, car cela incite chaque hôpital à attirer les patients de ses concurrents ou à éviter que ses patients aillent ailleurs.

Durant les années 90, plusieurs conseils de comté ont adhéré au principe de la « séparation payeur-fournisseur ». Cela consiste simplement à séparer l'acheteur (ou payeur) d'un soin de son fournisseur. L'objectif est de rendre plus efficient le régime public d'assurance-santé de santé

En Suède, les 20 conseils de comté... ont réformé le marché intérieur durant les années 90 en abandonnant le contrôle sur les hôpitaux..

Dans un tel régime, les autorités sanitaires n'ont plus à se soucier de l'administration détaillée d'établissements tels les hôpitaux.. Elles peuvent alors se concentrer sur l'évaluation des besoins de leur population et se lier par contrat avec les fournisseurs de soins qui sont en accord avec leur évaluation des priorités. Finis aussi les effets pervers d'un régime dans lequel les autorités paient les factures sans pouvoir établir les grandes priorités et ne récompenser les fournisseurs efficients. L'équilibre du pouvoir est rétabli : il y a au moins une entité qui prend la part de la population au lieu de fournir des services dans les limites imposées par les installations en place et par les fournisseurs (essentiellement les médecins) qui y travaillent. Dans un marché intérieur, les autorités sanitaires contrôlent les cordons de la bourse et choisissent les fournisseurs en fonction de leur qualité et de leurs coûts, au lieu de financer simplement les mesures décidées par les utilisateurs des ressources.

Donaldson, Currie et Mitton, avril 2001, p. 7-8.

en favorisant une meilleure gestion par les payeurs (les conseils de comté) et en augmentant la concurrence entre les fournisseurs (hôpitaux, centres de soins primaires, médecins de cabinet privé). Dans un tel régime, l'acheteur a intérêt à ne recourir qu'aux fournisseurs qui lui permettront d'atteindre le maximum de rentabilité et d'efficience. Le contrat qui lie le payeur et le fournisseur précisent les services offerts, la clientèle visée et le mode de paiement du fournisseur.

Toutefois, on n'y précise pas comment les services seront fournis. Le principe de la séparation payeur-fournisseur repose sur le fait que le fournisseur ne touchera que les montants précisés dans le contrat. Un manque à gagner peut être imputé au fournisseur ou entraîner une sanction future. L'acheteur est également libre de choisir, parmi des fournisseurs

⁴⁰ Ake Blomqvist, International Health Care Models: Sweden, mai 2001, p. 19.

concurrents, ceux avec qui il conclura un contrat de soins pour la population qu'il sert. Selon les experts, l'expérience suédoise de la séparation acheteur-fournisseur a donné des résultats mitigés⁴¹.

Avec ses 26 conseils de comté, le système de soins de santé suédois est très décentralisé, mais le gouvernement national joue un rôle important dans la réglementation de la santé à l'échelle régionale. Selon le professeur Blomqvist, le partage des compétences en matière de santé n'a pas créé de grandes tensions entre le gouvernement national et les conseils de comté⁴². Il conclut en ces termes: « nous pourrions tirer d'une étude des relations entre les conseils de comté et le gouvernement national de la Suède des leçons très utiles pour évaluer les méthodes que nous employons au Canada pour réglementer les relations fédérales-provinciales ».⁴³

⁴¹ Blomqvist, p. 16.

⁴² Blomqvist, p. 12.

⁴³ Blomqvist, p. 1.



LES SOINS DE SANTÉ AU ROYAUME-UNI

5.1 Responsabilité de l'État

Comme le Canada, le Royaume-Uni a un régime parlementaire, mais c'est un État unitaire qui réunit la Grande-Bretagne (Angleterre, Écosse et Pays de Galles) et l'Irlande du Nord. Toutefois, depuis 1999, il y a des assemblées nationales en Écosse et au Pays de Galles, et l'assemblée législative a aussi été rétablie en Irlande du Nord à la suite des négociations qui se sont déroulées entre les parties en cause⁴⁴⁾. Même avant la dévolution, chaque nation était responsable de la gestion de son système de soins de santé, mais les principes et le mode de fonctionnement étaient essentiellement les mêmes partout au Royaume-Uni.

Le caractère centralisé de l'État au Royaume-Uni se reflète dans la structure du système de soins de santé – le Service national de la santé (SNS). Le SNS, créé en in 1948, demeure le système de soins de santé dont la gestion et le financement sont les plus centralisés dans le monde. Le gouvernement central contribue non seulement au financement des services de santé, mais participe aussi de près à leur prestation, ce qui constraste nettement avec le Canada, l'Allemagne et la Suède où la responsabilité des soins de santé est partagée entre les différents ordres de gouvernement.

La responsabilité des soins sociaux, tels les soins infirmiers de longue durée à domicile, est partagée entre les administrations locales, divers centres de services sociaux et le SNS, ce qui a entraîné des problèmes chroniques de mauvaise coordination.

5.2 Assurance-santé et protection

Comme au Canada, tous les gens qui résident normalement au Royaume-Uni ont droit à une assurance-santé, le SNS. Le SNS n'offre pas une liste précise de services. Toutefois, contrairement au régime canadien, le SNS offre une plus grande protection car il couvre les soins des médecins et des hôpitaux, les médicaments d'ordonnance, les soins dentaires et les soins de la vue.

Comme au Canada, il n'y a pas de frais d'utilisation pour les soins des médecins, et les soins des hôpitaux et des spécialistes sont offerts gratuitement. Toutefois, il y a des frais d'utilisation pour les médicaments d'ordonnance, les soins dentaires et les soins de la vue.

⁴⁴.Dans la vague de dévolution, les assemblées écossaises et galloises ont récupéré la responsabbilité de la santé, marquant ainsi quelques différences avec le système qui prévaut en Angleterre. Le présent chapitre portera sur l'histoire commune du système de soins de santé dans l'ensemble du Royaume-Uni et sur les derniers changements survenus en Angleterre, à moins d'indication contraire.

Dans le cas des médicaments, les frais sont fixes (6 £ ou environ 13,50 \$ CAN⁴⁵) pour chaque ordonnance inscrite au SNS. Toutefois, quelque 60 % de la population a droit à des exemptions, et environ 80 % des ordonnances sont destinées à des personnes exemptées. Le Comité a appris que, malgré ces exemptions, une modification des frais d'utilisation peut influer grandement sur les recettes du gouvernement et sur le nombre d'ordonnances prescrites.

Dans le SNS, les services dentaires généraux sont en grande partie coassurés; en 1999-2000, chaque particulier devait assumer 80 % du coût de son traitement jusqu'à un maximum de 348 pounds (780 \$ CAN). Comme ici, certains groupes, tels les enfants, sont exemptés.

Le Royaume-Uni, contrairement au Canada, permet aux gens d'acheter une assurance-santé privée qui offre les mêmes avantages que le SNS si ces services sont offerts par des fournisseurs à l'extérieur du SNS. Il y a deux grands types d'assurance privée : les régimes d'employeur (59 % du total) et les régimes individuels. Dans un peu moins que le tiers des régimes d'entreprise, les employés assument tout ou partie des primes. Deux grands assureurs occupent plus des deux tiers du marché de l'assurance privée : PPP Healthcare et British United Provident Association (BUPA). Il y a une certaine intégration verticale dans le secteur privé car plusieurs grands assureurs font aussi partie des grands propriétaires des 230 hôpitaux qui offrent des soins médicaux et chirurgicaux privés.

La proportion de la population qui souscrit de l'assurance privée a été historiquement faible, mais elle a augmenté constamment depuis quelques années, atteignant 11,5 %. Selon des études ce sont surtout les classes socioéconomiques les mieux nanties qui souscrivent de l'assurance privée. Le taux de souscription de polices privées est très variable selon les régions, approchant 20 % à Londres et à peine 5 % en Écosse.

Il est difficile de démarquer les secteurs public et privé, car un patient qui a une assurance privée peut être traité dans un établissement du SNS (en réservant ce qui s'appelle un « lit payant » 46) ou dans un hôpital privé. Selon les sondages, les gens choisissent en général d'acheter une assurance privée pour éviter les attentes en chirurgie non urgente. Le Comité a

Il arrive parfois que certaines personnes réussissent à passer avant d'autres. L'un des principaux motifs avancés par les personnes qui souscrivent une assurance privée, c'est qu'elles veulent avoir la certitude qu'elles-mêmes et les membres de leur famille pourront obtenir une opération chirurgicale non urgente plus rapidement ou à un moment plus opportun que si elles doivent s'en remettre au service national de la santé (SNS). Bien sûr, on y voit un problème d'équité, et c'est l'une des raisons qui font que le gouvernement s'est engagé à réduire les délais d'attente pour les patients du Service national de la santé le plus rapidement possible.

Clive Smee, conseiller économique en chef, Division de la recherche économique et opérationnelle, ministère de la Santé du Royaume-Uni (20:35)

appris qu'un patient peut commencer un traitement dans le secteur privé et le poursuivre dans le SNS en cas de complications, à condition de démontrer que le traitement exige des services qui ne sont pas offerts dans le privé ou n'est pas couvert par son assurance.

⁴⁵ Les frais fixes représentaient environ 57 % du prix moyen d'un médicament d'ordonnance en 1998.

⁴⁶ En 1997, le nombre de lits payants réservés dans les unités privées du HNS était évalué à 1 400, dont 39 % à Londres.

5.3 Financement des soins

La proportion des dépenses de soins de santé financées par le secteur public est plus élevée au Royaume-Uni (84 %) qu'au Canada (70 %). Comme le régime public australien, le SNS est financé en grande partie par l'impôt général du gouvernement central et, dans une moindre mesure, par les cotisations des employeurs et des employés au régime national. Les frais d'utilisation contribuent pour moins de 3 % au financement total du SNS.

Les vagues de réforme successives qui ont balayé le système de soins de santé au Royaume-Uni dans les années 90 n'ont pas influé sensiblement sur le rapport des dépenses publiques aux dépenses privées car elles n'ont touché que le système public.

Comme les dépenses du SNS dominent les dépenses totales de soins de santé au Royaume-Uni et que le financement public est soumis à des plafonds très stricts, le niveau des dépenses en soins de santé fait l'objet d'un vif débat politique. Un des avantages, souvent mentionné, du système centralisé du Royaume-Uni, c'est qu'il permet de contrôler davantage l'ensemble des coûts. Ainsi, en 1998, les dépenses de soins de santé au Royaume-Uni ne représentaient que 6,7 % du PIB, contre 9,5 % au Canada, 10,6 % en Allemagne et 13,6 % au États-Unis.

5.4 Gestion et prestation

Depuis une décennie, plusieurs grandes réformes du système de soins de santé britannique ont porté sur la gestion et la prestation des services de santé. Ces réformes, mises en place par l'administration de la première ministre Margaret Thatcher, ont créé un « marché interne » dans la mesure où certains principes de l'économie de marché ont été introduits dans le système public de soins de santé. Plus précisément, le principe dit de la « séparation des rôle d'acheteur et de fournisseur » a modifié les rapports entre les administrations régionales de la santé et les hôpitaux, alors que le système de « fundholding » chez les généralistes a modifié l'organisation et la structure des cabinets de médecine familiale générale. Le gouvernement travailliste de Tony Blair, élu en 1997, avait critiqué le marché interne; il a par la suite modifié plusieurs éléments importants du système sans toutefois revenir à la formule antérieure.

5.4.1 Services hospitaliers

Jusqu'en 1990, les hôpitaux du SNS étaient la propriété de l'État et leur fonctionnement relevait des administrations régionales de la santé du SNS. Le budget de chaque administration régionale était établi par le gouvernement national à partir d'une formule de capitation pondérée, fondée sur les besoins en soins de la population de la région. Le budget de chaque hôpital était ensuite établi à l'échelle régionale selon un processus administratif faisant appel à des négociations entre la direction de l'hôpital et l'administration régionale concernée. Les spécialistes des hôpitaux étaient des salariés du SNS (mais pouvaient aussi tenir un cabinet privé en parallèle avec le SNS).

Ce qu'on reprochait surtout au système, c'était que chaque administration régionale achetait ou commandait par contrat des services au nom de sa population, tout en

administrant les hôpitaux de la région. Par conséquent, elle se trouvait clairement dans une situation de conflit d'intérêts qui les incitait à protéger ces hôpitaux.

En 1991, avec les réformes du gouvernement Thatcher, les administrations régionales ont cessé de gérer les hôpitaux et ont été chargées, en tant qu'organismes acheteurs, de passer avec les hôpitaux du SNS et les fournisseurs privés des contrats pour la prestation des services requis par leur population. Quant aux hôpitaux, ils ont été transformés en fiducies du SNS, c'est-à-dire des organismes à but non lucratif qui font partie du SNS, mais qui sont indépendants des administrations régionales.

Les fiducies du SNS devaient rivaliser entre elles pour obtenir des administrations régionales et des médecins généralistes des contrats pour la prestation des soins. Chaque fiducie devait réaliser des recettes grâce aux contrats de services passés avec les acheteurs et atteindre les objectifs financiers fixés par le gouvernement national, par exemple, réaliser un rendement de 6 % sur ses immobilisations. Les paiements versés aux hôpitaux variaient donc en fonction des contrats passés avec les acheteurs. En général, il était précisé dans les contrats quels services devaient être fournis, ainsi que les modalités de leur prestation.

Après avoir promis d'abolir le marché interne, l'administration Blair n'a annoncé aucune mesure pour modifier radicalement le statut des fiducies du SNS. Celles-ci demeurent des organismes autonomes au sein du SNS. Toutefois, leur relation avec les administrations régionales a changé : au lieu de mettre l'accent sur la concurrence et le rendement financier, elles privilégient la collaboration pour une meilleure qualité des soins⁴⁷.

Comme dans le passé, les médecins des hôpitaux restent des salariés du SNS. C'est le gouvernement qui fixe chaque année leur échelle de traitement en tenant compte des recommandations du Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration. En plus de leur rémunération du SNS, les spécialistes à temps plein des hôpitaux du SNS peuvent réaliser jusqu'à 10 % de leur revenu brut en cabinet privé.

5.4.2 Services des médecins

Lorsque le SNS a été établi, les médecins généralistes pouvaient exercer leur profession à titre d'entrepreneurs autonomes au sein du SNS (comme la plupart des médecins de famille le font présentement au Canada). Ils avaient également le droit de pratiquer dans le secteur privé en parallèle avec le SNS. Selon des experts, le statut d'entrepreneur autonome des médecins généralistes a entraîné un développement fragmenté des services et une mauvaise coordination avec les services hospitaliers le C'est pourquoi la pratique des médecins généralistes a été transformé en un système d'enregistrement des patients. Dans ce système, le patient devait s'enregistrer auprès d'un médecins généralistes qui agissait ensuite comme gardien, contrôlant l'accès au reste du système de soins de santé. Il ne pouvait donc être admis à l'hôpital, consulter un spécialiste ou se faire rembourser des médicaments d'ordonnance que s'il avait été référé par son omnipraticien. Celui-ci demeurait sous contrat avec le SNS et était rémunéré suivant une

⁴⁷ Plus précisément, le gouvernement national a créé un organisme de réglementation, appelé la *Commission for Health Improvement*, qui a pour tâche de visiter tous les établissements du SNS – les hôpitaux, les administrations de la santé, les groupes de soins primaires – pour exercer une certaine surveillance sur leurs activités.

⁴⁸ Observatoire européen, Health Care Systems in Transition - United Kingdom, 1999, p. 9.

formule mixte comportant un salaire et une rémunération qui n'était fonction que du nombre de patients sur sa liste.

Puis, avec la réforme de 1991 est apparu le système des « Fundholdings » pour les généralistes. Ce système visait à inciter les généralistes à fournir des soins au moindre coût en leur attribuant des « fonds » applicables à deux catégories de dépenses : le coût des médicaments qu'ils avaient prescrit à leurs patients et le coût de certains traitements dispensés par les spécialistes et les hôpitaux à leurs patients. Si, dans une période donnée, les dépenses réelles étaient inférieures au montant prévu du fonds, le généraliste pouvait dépenser le surplus pour améliorer sa pratique. Par contre, si les dépenses dépassaient le montant prévu, le généraliste s'exposait à une pénalité financière correspondant à une part de son déficit.

Ce qu'on reprochait notamment au système des « Fundholdings » c'était qu'il avait tendance à rendre inégale la qualité des soins reçus par différents groupes de patients. Plus précisément, les généralistes des régions pauvres héritaient de clientèles ayant des besoins en santé beaucoup plus grands que celles des régions plus riches, rendant ainsi plus difficile la réalisation d'un surplus. On reprochait aussi au régime ses frais d'administration très élevés : les généralistes trouvaient lourd et laborieux de négocier des services de santé avec les hôpitaux et les spécialistes. En 1999, l'administration Blair a réformé ce système en créant des groupes de soins primaires (GSP). Les GSP sont des regroupements de pratiques issus de la fusion des pratiques de médecins généralistes rattachés à l'ancien régime des « Fundholdings ». Les GSP servent donc des populations beaucoup plus grandes que le régime précédent, soit entre 50 000 et 250 000 personnes, dans des régions géographiques désignées. Les groupes sont censés se développer en plusieurs étapes jusqu'à ce qu'ils soient en mesure d'assumer leurs responsabilités pour ce qui est de commander des soins et de fournir des soins communautaires à leur population.

Les diverses réformes opérées au cours des années 90, telle la création des « Fundholdings » pour les généralistes et, plus récemment, la création de GSP, n'ont pas modifié le mode de rémunération des médecins généralistes. Les « Fundholdings » étaient destinés à l'achat de services hospitaliers et communautaires et ne pouvaient servir à offrir un supplément de rémunération aux médecins généralistes. Ceux-ci sont actuellement rémunérés par le SNS en tant que professionnels autonomes suivant le principe du coût majoré – les paiements couvrent leurs dépenses pour la prestation des services (coût) plus une rémunération nette pour cette prestation (majoration). Les éléments de base du régime actuel de rémunération sont :

- capitation honoraires annuels payables pour chaque patient inscrit sur la liste du médecin (trois tarifs selon l'âge du patient). La capitation compte pour un peu plus de la moitié de l'ensemble des honoraires et des indemnités constituant le revenu brut du généraliste.
- Indemnités deuxième élément en importance dans la rémunération des généralistes. Il s'agit d'un montant qui couvre les coûts de base d'aménagement et de fonctionnement d'un cabinet. Le montant varie selon les régions et vise à encourager les médecins à s'installer dans les régions mal desservies.
- Honoraires de promotion de la santé honoraires pour l'administration des programmes de promotion de la santé et de gestion des maladies chroniques.

• Paiements à l'acte – versés chaque fois qu'un généraliste offre certains services, en général liés à la prévention (p. ex., la contraception).

Globalement, avec cette formule de rémunération, le revenu du généraliste dépendra du nombre de patients inscrits sur sa liste, des honoraires et indemnités auxquels il a droit, du nombre et de l'importance des actes facturés et de son rendement.

5.5 Prestation des soins privés

Au Royaume-Uni, quelque 230 établissements et hôpitaux indépendants offrent des soins médicaux et chirurgicaux pour lesquels le médecin est rémunéré à l'acte, soit directement par le patient qui peut ensuite se faire rembourser par une assurance privée s'il a souscrit une police, soit par l'hôpital ou la clinique privée où le médecin a prodigué les services. Le secteur privé offre des soins spécialisés, et on y recourt surtout pour des interventions chirurgicales non urgentes comme le traitement des hernies et des varices ou le remplacement de hanches.. L'intervention la plus courante est l'avortement (13,2 % du total). Depuis quelques années, le nombre de chirurgies plus complexes tels les pontages coronariens et autres chirurgies cardiaques a augmenté sensiblement.

Par ailleurs, très peu de soins primaires sont financés par le privé au Royaume-Uni. À peine 3 % des consultations de médecins généralistes seraient faites dans le secteur privé. Cela s'explique surtout par le fait que les ces médecins n'ont pas le droit de recevoir dans un cabinet privé des patients inscrits sur leur liste du SNS ou de prescrire des médicaments d'ordonnance du SNS, et très peu

d'assurances couvrent actuellement les soins primaires.

Le SNS a toujours eu recours à des hôpitaux privés, mais, au cours de la dernière campagne électorale - c'est peutêtre ce à quoi vous faites allusion -, le gouvernement Blair s'est engagé à faire preuve de pragmatisme, une fois l'élection passée, relativement à la question de savoir si on devrait recourir à des hôpitaux privés ou publics pour traiter les patients du Service national de la santé. Les patients en question étaient traités gratuitement au point de service, public ou privé. La mesure vise à réduire les listes d'attente et les délais d'attente, particulièrement pour les traitements médicaux non urgents, de même qu'à favoriser l'atteinte des objectifs gouvernement. Ils'agit renversement considérable par rapport à la façon dont les gouvernements travaillistes tradition nellementabordé questions. Le gouvernement Blair se revendique du nouveau travaillisme, et non de l'ancien, c'est-à-dire qu'il fait preuve de plus de pragmatisme en ce qui concerne l'endroit où les soins sont donnés, à condition qu'ils soient gratuits pour les

Professeur Chris Ham, Université de Birmingham (20:27)

5.6 Particularités

Comme au Canada, tous les citoyens du Royaume-Uni sont protégés par un régime d'assurance-santé universel, financé par l'impôt, le SNS. Comme au Canada, il n'y a pas de frais d'utilisation pour les services offerts par les hôpitaux et les médecins. Toutefois, le SNS offre une protection plus étendue qu'au Canada, parce qu'il couvre les médicaments d'ordonnance ainsi que les soins dentaires et les soins de la vue de base. Il y a des frais

d'utilisation pour ces services additionnels couverts par le régime public. Contrairement au Canada, il est légal au Royaume-Uni de souscrire une assurance privée qui couvre les mêmes services que ceux offerts par le SNS.

D'un point de vue canadien, deux points ressortent des réformes sans précédent entreprises au Royaume-Uni depuis une décennie. D'abord, à cause de la centralisation relativement poussée du système politique britannique et du système de soins de santé qui s'en est inspiré, il a été possible d'opérer une réforme radicale qui a transformé, sans doute de façon irrémédiable, des aspects essentiels des soins de santé.

Ensuite, comme le faisait par ailleurs remarquer le professeur Julian Le Grand, la constatation sans doute la plus frappante, c'est à quel point, dans

Je dirais que le terme « marché interne » n'a jamais vraiment décrit la réalité dans notre cas. Je dirais qu'il s'agissait d'un marché géré qui s'est transformé en marché très politiquement géré. (...) en effet, ils n'ont pas mis en œuvre le marché interne de la façon qui avait été prévue au départ, de sorte que, en pratique, je dirais qu'il n'y a jamais eu entre les hôpitaux et les autres fournisseurs de soins de santé la concurrence qui avait été prévue, et que ce qu'on appelait l'expérience du marché interne n'a jamais été mise à l'essai de la façon prévue au départ.

Chris Ham, directeur, Centre de gestion des services de santé, Royaume-Uni (20:29)

l'ensemble, peu de changements mesurables semblent avoir découlé des mécanismes fondamentaux des réformes qui avaient pour but d'introduire dans le système public des éléments de concurrence fondés sur l'économie de marché⁴⁹.

Pourquoi la séparation des rôles d'acheteur et de fournisseur n'a-t-elle pas fonctionné comme on l'envisageait à l'origine? Selon Ake Blomqvist, l'explication la plus plausible, c'est qu'il n'y a pas eu de mesures d'encouragement pour que ça fonctionne, dans un camp comme dans l'autre du marché⁵⁰. Comme il le fait remarquer, dans le camp des fournisseurs, les hôpitaux, fonctionnant déjà presque à pleine capacité, ne sont pas incités à admettre plus de patients, même si cela fait augmenter les recettes. Dans le camp des acheteurs, les administrations de la santé auraient pu compromettre la situation des hôpitaux sur leur territoire si elles avaient acheté ailleurs. Cela aurait pu entraîner des mises à pied, voire des fermetures d'établissement, ce qui aurait détruit les liens de confiance qui avaient été tissés depuis de nombreuses années et dont le fonctionnement du système dépendait toujours.

Toutefois, il importe aussi de noter que le système des « Fundholdings » pour les généralistes est vite devenu plus populaire que prévu. Au début des années 90, cela passait pour un élément mineur de la réforme globale, mais divers facteurs ont contribué à la popularité inattendue du système. Les premières données ont révélé que ce système pouvait améliorer les services reçus par les patients, ce qui a eu un effet domino, bien des médecins ne voulant pas être laissés pour compte. L'administration Thatcher a accéléré ce mouvement en offrant aux généralistes du régime d'autres avantages (p. ex. des ordinateurs) auxquels n'avaient pas droit les autres médecins. De plus, le système des « Fundholdings » permettait aux généralistes de jouer un plus grand rôle qu'auparavant dans l'ensemble du système de soins de santé. Les spécialistes

50 Blomqvist, Ake, Health Care Reform in Canada: Lessons from the U.K, Japan and Holland, article non publié, p. 44.

⁴⁹ Le Grand, Julian, «Competition, Cooperation, or Control? Tales from the British National Health Service», Health Affairs, mai-juin 1999, p. 31.

des hôpitaux ont dû se montrer plus attentifs et plus responsables envers les généralistes qui pouvaient désormais faire affaire ailleurs.

Toutefois, les experts ne s'entendent toujours pas sur la façon d'évaluer le bilan global. Selon certains, le « marché interne » n'a jamais vraiment été mis à l'essai, les mesures incitatives étaient insuffisantes et les contraintes étaient trop nombreuses. Selon d'autres, il est impossible de mettre en place un marché qui fonctionne bien dans un système de soins de santé qui est financé en grande partie par des fonds publics. Pour l'instant, l'administration Blair a opté pour un système qui favorisera une plus grande collaboration entre les divers intervenants tout en conservant de nombreux aspects du mécanisme de séparation des rôles d'acheteur et de fournisseur que la précédente administration Thatcher avait introduit.

LES SOINS DE SANTÉ AUX ÉTATS-UNIS

6.1 Responsabilité de L'État⁵¹

Les États-Unis sont une république de régime fédéral constituée d'un gouvernement national (fédéral) et de cinquante gouvernements d'État. Les États et le gouvernement national ont chacun une constitution écrite, qui énonce ce qu'ils peuvent et ne peuvent pas faire. Dans le domaine de la santé, l'assurance privée prévaut, mais chaque palier de gouvernement a aussi un rôle à jouer :

- Comme au Canada, le gouvernement national aux États-Unis fournit des services de santé à des groupes particuliers, dont le personnel militaire, les anciens combattants ayant une invalidité liée au service, les Américains autochtones (Amérindiens et Autochtones d'Alaska) et les détenus des prisons fédérales. Plus important, le gouvernement national a le pouvoir de lever des impôts et de dépenser pour le bien-être général de la population, y compris pour les soins de santé⁵². La responsabilité d'administrer les programmes d'assurance-santé Medicare et Medicaid et le récent State Children's Health Insurance Program (SCHIP) incombe à l'Administration du financement des soins de santé du ministère de la Santé et des Services humanitaires. De plus, le gouvernement fédéral réglemente l'assurance- santé fournie par les employeurs et les organismes de gestion des soins qui participent aux régimes qu'il subventionne.
- Les gouvernements des États délivrent les permis des hôpitaux et du personnel soignant et s'occupent de l'hygiène publique (assainissement, qualité de l'eau, etc.) et de la santé mentale. Les États peuvent générer leurs propres recettes en percevant plusieurs types d'impôt, et il n'y a pas de limite fédérale à leurs pouvoirs d'imposition. Les gouvernements des États doivent respecter la réglementation fédérale lorsqu'ils reçoivent des fonds du gouvernement national sous le régime de Medicaid et du SCHIP. Ils ont aussi la responsabilité de réglementer l'assurance—santé privée, y compris les organismes de gestion des soins, comme Blue Cross/Blue Shield.

Le gouvernement fédéral et les gouvernements des États offrent une assurance publique pour les soins de santé, mais le système de soins de santé américain demeure unique au

⁵¹ Les renseignements présentés dans cette section sont tirés pour l'essentiel de M.W. Raffel et N.K. Raffel, "The Health System of the United States", dans *Health Care and Reform in Industrialized Countries*, Pennsylvania State University Press, 1997, pp. 263-289.

⁵² Ce pouvoir constitutionnel a été interprété comme s'étendant au financement de la prestation des soins, à la recherche en santé et à l'enseignement en médecine et en sciences infirmières.

monde par sa forte dépendance à l'égard du secteur privé à la fois pour l'assurance et pour la prestation des services. Nous parlerons surtout ici de l'assurance—santé publique.

6.2 Assurance-santé et protection

Le gouvernement national des États-Unis administre et exploite Medicare, régime d'assurance-santé pour les personnes âgées. Avec les États, il finance Medicaid pour les pauvres et le State Children's Health Insurance Program (SCHIP) pour les enfants. Précisément :

6.2.1 Medicare

Medicare est un régime fédéral d'assurance-santé pour les personnes de 65 ans et plus, certains handicapés moins âgés et les gens ayant une insuffisance rénale terminale. Le régime n'a pas de critère de revenus. Il a deux volets :

- La Partie A couvre les services hospitaliers, les soins professionnels de réhabilitation dans un établissement de soins infirmiers, les soins palliatifs et certains soins à domicile⁵³. La plupart des gens obtiennent la Partie A automatiquement lorsqu'ils atteignent 65 ans⁵⁴. Ils n'ont pas à verser une prime ou un paiement mensuel pour avoir droit aux prestations de la Partie A, mais des frais d'utilisation peuvent être exigés. Pour 2001, chaque bénéficiaire doit payer une franchise de 792 \$ US. Dans le cas des soins professionnels en établissement de soins infirmiers, la Partie A couvre tous les frais des 20 premiers jours, puis il faut une coassurance, pour les jours 21 à 100. Une coassurance de 20 % s'applique aussi au matériel médical (p. ex. la chaise roulante ou la marchette) dans le cas des soins à domicile. Dans le cas des soins palliatifs, il faut payer une partie des médicaments et des soins de répit en établissement. Les personnes à faible revenu peuvent se faire payer les frais d'utilisation de Medicare par l'État, sous le régime de Medicaid (décrit plus loin).
- La Partie B couvre les services de médecin, les soins hospitaliers à l'externe (y compris les visites à la salle d'urgence), le transport par ambulance, les tests diagnostiques, les services de laboratoire, certains soins préventifs (comme les dépistages par mammographie et test de PAP), les services de

be services hospitaliers comprennent la chambre semi-privée et les repas, des soins infirmiers généraux, les frais des salles d'opération et de réanimation, les soins intensifs, les médicaments, les analyses de laboratoire, les rayons X et les autres fournitures et services médicaux nécessaires (pour jusqu'à 90 jours par période d'indemnisation). Les soins professionnels en établissement de soins infirmiers qui sont assurés sont surtout destinés à la réhabilitation. La couverture comprend la chambre semi-privée et les repas, les soins infirmiers, les services de réhabilitation, les médicaments et les fournitures médicales (pour jusqu'à 100 jours par période d'indemnisation). Les soins à domicile assurés sont uniquement les services infirmiers à temps partiel ou intermittents prescrits par un médecin pour traitement ou réhabilitation. Sont exclus les services d'assistance (qui aident aux activités de la vie courante, p. ex., se laver, manger ou s'habiller).

 $^{^{54}}$ Les personnes qui n'y sont pas admissibles peuvent tout de même obtenir la couverture de la Partie A moyennant une prime mensuelle.

physiothérapeute et d'ergothérapeute et certains soins à domicile non couverts par la Partie A. La Partie B ne couvre pas les médicaments sur ordonnance, l'examen physique de routine, les soins dentaires, la chirurgie esthétique, les prothèses auditives ni les soins de la vue. La participation à la Partie B est facultative. Il faut payer une prime mensuelle (50 \$ US en 2001) pour y participer avant l'âge de 65 ans. La prime mensuelle est plus élevée pour ceux qui commencent à participer sur le tard (et qui paieront cette prime plus élevée pour le reste de leur vie). La Partie B couvre 80 % du coût des services assurés. En plus d'avoir à assumer les 20 % restants (coassurance), les assurés doivent payer une franchise de 100 \$ US par an. Les personnes à faible revenu peuvent se faire payer leur prime par l'État où ils vivent (sous Medicaid).

Medicare est offert par deux mécanismes. Il y a d'abord le régime original, sous lequel le gouvernement fédéral s'entend avec des assureurs privés (il y en a environ 55) pour qu'ils traitent les demandes et les règlent. Nombre de ces assureurs offrent à leur clientèle une police supplémentaire, ou « Medigap », qui aide à combler les lacunes du régime (coassurance, franchises et autres frais à payer par l'assuré). Certaines polices Medigap couvrent aussi des services non assurés par Medicare, comme les médicaments délivrés sur ordonnance. Quelque 80 % des bénéficiaires de Medicare participent au régime original.

Ensuite, depuis 1997, il existe l'option « Medicare+Choice », qui offre l'accès à des régimes de gestion de soins, par les organisations de soins de santé intégrés (OSSI) et les organisations de fournisseurs privilégiés (OFP), ainsi qu'à des caisses d'épargne-santé ou autres options d'assurance-santé privée⁵⁵. Les régimes de gestion des soins Medicare ont les caractéristiques suivantes :

- Ils fournissent tous les services offerts par le régime Medicare original;
- Ils peuvent offrir diverses prestations supplémentaires, pour les soins préventifs, les médicaments sur ordonnance, les soins dentaires, les prothèses auditives, les lunettes et autres éléments non assurés par le régime Medicare d'origine. Le coût de ces avantages supplémentaires varie beaucoup d'un régime à un autre.
- Ils restreignent habituellement le choix des fournisseurs. Par exemple, les clients qui adhèrent à une OSSI ne peuvent se faire soigner que par les médecins employés par l'OSSI et dans des hôpitaux lui appartenant.
- Les restrictions de choix permettent à ces régimes de faire des économies par comparaison au coût moyen de l'assurance Medicare d'origine. Les personnes qui prennent l'option OSSI paient une prime inférieure pour l'assurance de la *Partie B* de Medicare.

⁵⁵ Une OSSI offre des services de santé fournis par une sélection de médecins et d'hôpitaux. Moyennant des frais mensuels, les participants reçoivent les soins au besoin. Les OFP sont une forme simplifiée d'OSSI, en ce qu'elles donnent à leurs participants des encouragements pour qu'ils recourent à un nombre limité de fournisseurs choisis à prix réduit. Les comptes d'épargne médicale sont actuellement offerts à l'essai.

6.2.2 Medicaid et le SCHIP

Medicaid est un régime d'assurance-santé conjoint du gouvernement fédéral et des États offert aux personnes à faible revenu. Il applique le critère des revenus, mais un revenu faible n'est pas la seule condition d'admissibilité. Les biens et les ressources peuvent aussi ne pas devoir dépasser certains seuils. La couverture de base comprend les services de médecin, les services hospitaliers, les services de laboratoire et de rayons X, etc. Le gouvernement fédéral verse une somme correspondant aux coûts engagés par l'État pour assurer les pauvres et il établit des directives nationales générales. Toutefois, chaque État 1) administre son propre programme, 2) établit ses propres conditions d'admissibilité, 3) détermine le type, la quantité, la durée et l'envergure des services et 4) fixe les tarifs. Les programmes Medicaid varient donc d'un État à un autre.

Medicaid n'assure pas toutes les personnes pouvant être considérées comme pauvres. Le régime couvre ceux qui sont dans le besoin parce qu'ils appartiennent à une catégorie donnée ou qui sont indigents du point de vue médical. La population « nécessiteuse par catégorie » comprend les personnes qui reçoivent des paiements de soutien du revenu avec participation fédérale (surtout les enfants, les personnes âgées, les aveugles et les handicapés). La population « médicalement nécessiteuse » comprend les bénéficiaires d'aide sociale qui ne reçoivent pas d'aide pécuniaire du fédéral mais dont le revenu net est inférieur au seuil fixé par l'État. La plupart des États ont des programmes additionnels qu'ils financent seuls pour fournir une aide médicale à certains pauvres qui n'ont pas droit à Medicaid. Les États peuvent exiger des frais d'utilisation de certains bénéficiaires de Medicaid pour certains services. Toutefois, des frais d'utilisation ne sont pas exigés pour les services d'urgence ni imposés aux femmes enceintes et aux moins de 18 ans.

Le SCHIP est un programme lancé en 1997 par le gouvernement fédéral pour étendre la couverture publique des soins de santé à des enfants autrement non assurés. Dans le contexte de ce programme, chaque État reçoit des paiements de contrepartie bonifiés du fédéral jusqu'à un montant fixe. Le SCHIP est parfois offert comme une extension de Medicaid et parfois dans le cadre d'un programme distinct de l'État. Il permet à l'État d'offrir une couverture aux enfants de familles ayant un revenu de travail trop élevé pour donner droit à Medicaid mais trop faible pour payer une assurance privée.

Comme Medicare, le régime Medicaid est fourni aux bénéficiaires par différents dispositifs de paiement.

6.2.3 Protection des assurances publiques et privées

Dans l'ensemble, l'assurance-santé publique couvre quelque 24 % de la population des États-Unis. L'assurance privée, achetée directement ou obtenue comme avantage d'emploi, domine. La majorité des Américains ayant une couverture privée sont assurés par un régime parrainé par l'employeur.

Les employeurs américains peuvent offrir à leurs employés un régime d'autoassurance ou un régime d'assurance par un tiers. Les employeurs auto-assurés gèrent habituellement leur propre régime; quelques-uns ont même leurs propres installations de soins de santé. Outre les régimes commerciaux, il y a des tiers tels que les OSSI et les OFP qui assurent des services de santé et les dispensent. Il est reconnu que les OSSI, les OFP et les régimes parrainés par l'employeur offrent au patient un choix limité de fournisseurs de soins. Quiconque n'a pas accès à une protection de l'employeur peut souscrire directement une police d'assurance-santé auprès d'un assureur commercial ou d'une OSSI.

Les États-Unis constituent un cas unique au niveau de la source de l'assurance-santé, l'employeur étant le principal assureur aux États-Unis. (...) Dans un sens, l'assurance-santé fait partie de la rémunération globale des travailleurs. (...) 63 p. 100 des assurés sont protégés par des programmes parrainés par les employeurs.

Christine Schmidt, Ministère américain de la santé et des ressources humaines, (23:5)

Selon un rapport de Santé Canada, l'assurance d'employeur est

facultative (sauf à Hawaii), mais elle est encouragée par la politique fiscale. La contribution de l'employeur aux coûts de soins de santé des employés revient essentiellement, au bout du compte, à un substitut de rémunération⁵⁶.

Malgré la disponibilité des assurances—santé publiques et privées, on estime que quelque 43 millions d'Américains, soit 15,5 % de la population, n'ont aucune assurance (voir le tableau plus loin). De plus, une bonne partie des Américains demeurent sous—assurés (c.—à–d. qu'ils ont une certaine couverture, mais qu'il n'y a pas de limite aux frais qu'ils ont à payer eux—mêmes).

TYPE D'ASSURANCE-SANTÉ ET DE PROTECTION AUX ÉTATS-UNIS, 1999

| | Nombre de personnes (milliers) | Pourcentage de la population (%) |
|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Assurance privée | 194 599 | 71,0 |
| Parrainée par l'employeur | 172 023 | 62,8 |
| Assurance publique | 66 176 | 24,1 |
| Medicare | 36 066 | 13,2 |
| Medicaid | 27 890 | 10,2 |
| Armée | 8 530 | 3,1 |
| Total de la population assurée | 231 533 | 84,5 |
| Non assurée | 42 554 | 15,5 |
| Total | 274 087 | 100,0 |

Remarque : Les estimations par type de couverture ne s'excluent pas mutuellement : certaines personnes sont assurées sous plus d'un régime. Source : US Census Bureau et Bibliothèque du Parlement.

⁵⁶ Direction générale de la politique de la santé et des communications, Direction des affaires internationales (Santé Canada), US Health Care System, 15 janvier 2001.

6.3 Financement des soins

Aux États-Unis, les soins de santé sont financés surtout par des sources privées (55 %), le reste (45 %) venant de sources publiques. Les dépenses privées comprennent l'assurance-santé privée (33 %), les frais payés par les assurés des régimes publics et privés (17 %) et d'autres sources (5 %). Le gouvernement fédéral assume environ 33 % des dépenses totales de soins de santé, les états et les administrations locales assumant les 12 % restants.

La Partie A de Medicare est financée principalement par les charges sociales : celles-ci sont obligatoires et fixées à 1,45 % pour les employeurs et à 1,45 % pour les employés. La Partie B de Medicare est financée par les primes et les recettes fiscales générales (du gouvernement fédéral et des États). Comme il a été indiqué plus haut, une partie du financement de Medicare provient de divers frais d'utilisation.

La partie de Medicaid payée par le gouvernement fédéral l'est à partir des recettes générales. La part fédérale, ou *Federal Medical Assistance Percentage (FMAP)*, est déterminée annuellement pour chaque État, selon une formule qui compare le revenu moyen par habitant de l'État avec la moyenne nationale. La loi prévoit que le FMAP ne peut être inférieur à 50 % ou supérieur à 83 %. Les États plus riches se font rembourser une portion moindre de leurs coûts. Le gouvernement fédéral assume en outre une partie de ce que les États dépensent pour administrer Medicaid, assumant 50 % de la plupart des frais administratifs de tous les États.

6.4 Gestion et prestation

Comme au Canada, la plupart des médecins aux États-Unis sont en pratique privée. Sous le régime Medicare, ils sont payés à l'acte. Toutefois, depuis 1997, avec l'avènement des organisations de gestion des soins, d'autres modes de rémunération, par exemple la capitation, gagnent en popularité.

Sous Medicaid, les médecins sont payés directement. Chaque État dispose d'une latitude assez grande pour déterminer le mode de remboursement, dont le paiement à l'acte et diverses formules de prépaiement, comme le système de capitation utilisé par les OSSI. Les médecins qui participent au régime doivent accepter le remboursement Medicaid comme paiement complet.

Selon Colleen Flood, environ 15 % des hôpitaux américains sont des établissements privés à but lucratif, 60 %, des établissements privés sans but lucratif et le reste, 25 %, appartiennent aux États ou aux administrations locales⁵⁷. Sous le régime Medicare, les spécialistes en milieu hospitalier sont rémunérés à l'acte.

De plus, Medicare rembourse les services hospitaliers selon un système de « diagnostics regroupés pour la gestion » (DRG). Ce système est fondé sur une liste de quelque 500 services, à chacun desquels est affecté un coût national moyen. Au moment de l'admission, le patient est assigné à une des 500 catégories. À la fin du traitement, l'hôpital reçoit le montant indiqué sur la liste. Ce montant ne dépend ni de la durée du séjour ni de la quantité de services

⁵⁷ Colleen Flood, Profiles of Six Health Care Systems, 30 avril 2001, pp. 3-5.

réellement fournis. Le système DRG vise à encourager l'efficacité en récompensant les hôpitaux capables de traiter des patients à un coût moindre que le coût moyen. Certains États aussi appliquent cette méthode pour financer les hôpitaux qui fournissent des services assurés par Medicare.

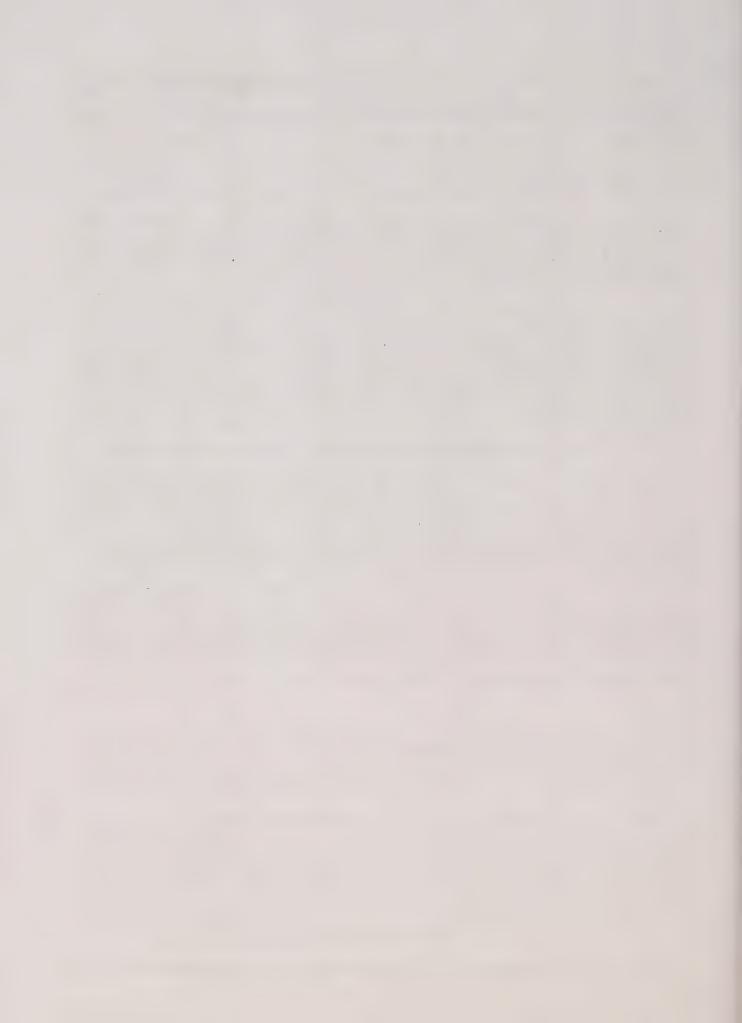
6.5 Particularités

Contrairement au Canada, il n'y a pas aux États-Unis de régime public d'assurance-santé qui protège tous les citoyens. Toutefois, Medicare offre une protection universelle à tous les Américains de plus de 65 ans et Medicaid garantie une protection à un groupe restreint de la population, notamment aux citoyens à faible revenu.

Dans les années 90, alors qu'il était question de constituer un régime universel d'assurance-santé aux États-Unis, on a proposé d'adopter le système canadien. Par ailleurs, on a aussi proposé d'offrir une protection universelle en étendant simplement Medicare à tous les citoyens. Ces deux propositions se ressemblent à maints égards. Comme dans le système canadien, la version traditionnelle de Medicare permet au patient de s'adresser aux fournisseurs de son choix, et les médecins, généralistes et généralistes, sont rémunérés à l'acte selon une tarification réglementée.

Il y a toutefois des différences importantes. D'abord, dans le régime Medicare. il y a des frais modérateurs et le bénéficiaire qui le désire peut souscrire une assurance-santé privée supplémentaire qui couvre tout ou partie de ces frais modérateurs. Ensuite, le bénéficiaire de Medicare ne peut choisir entre le régime public traditionnel et ceux des OSSI et, financièrement, il a intérêt à opter pour ces derniers qui sont moins chers que le premier. Enfin, les modes de financement des hôpitaux sont très différents; aux États-Unis, c'est le système de remboursement DRG (système de remboursement par diagnostics regroupés) qui s'applique.

Dans l'ensemble, au Canada, les experts de la santé et la population conviennent unanimement que le système de soins de santé canadien est en général nettement supérieur au système américain. Aux États-Unis, une forte proportion de la population n'a aucune protection en matière de soins de santé, et nombre d'Américains sont insuffisamment protégés.



CHAPITRE SEPT:

CAISSES D'ÉPARGNE-SANTÉ (CES)

Ces dernières années, plusieurs formules de caisse d'épargne-santé (CES) ont été proposées au Canada⁵⁸. Les CES sont des comptes analogues à un compte en banque mais ils servent à payer les dépenses de soins de santé d'une personne ou d'une famille. Elles sont souvent établies conjointement à une assurance-santé servant à couvrir des coûts catastrophiques (avec franchise élevée). Les sommes investies dans une CES appartiennent au titulaire du compte qui en dispose comme il l'entend, s'accumulent en franchise d'impôt et ne sont pas imposées si elles sont utilisées pour fins de soins de santé.

Les CES nécessitent trois niveaux de paiement. Premièrement, l'argent contenu dans le compte est utilisé pour couvrir des dépenses de soins de santé normales. Par la suite, si le compte est épuisé mais que la franchise n'est pas atteinte, l'intéressé paie ses dépenses lui-même. Enfin, la police d'assurance couvre les dépenses qui excèdent la franchise.

La théorie générale qui sous-tend cette formule est simple : les consommateurs font des choix plus judicieux et plus rentables lorsqu'ils dépensent leur propre argent que lorsque l'État paie la facture. Les CES peuvent être structurées de diverses manières et elles existent dans plusieurs pays. On trouvera dans le présent chapitre un aperçu du fonctionnement des CES à Singapour, en Afrique du Sud et aux États-Unis. On discute également d'un projet de CES envisagé pour Hongkong⁵⁹.

7.1 Les CES à Singapour

La philosophie du gouvernement de Singapour en matière de prestation de soins de santé peut être résumée en ces termes : associer responsabilité individuelle et subventions gouvernementales pour que les soins de santé demeurent abordables. Dans un aperçu du système de soins de santé de Singapour, on décrit la situation de la manière suivante :

On s'attend des malades qu'ils assument une partie des coûts des services de santé qu'ils utilisent, et ils paient une proportion plus forte des coûts quand ils exigent un niveau de service élevé. Le principe de la quote-part s'applique même aux

⁵⁸ Voir les documents suivants: (1) William McArthur, Cynthia Ramsay et Michael Walker réd., Healthy Incentives: Canadian Health Reform in a Canadian Context, The Fraser Institute, 1996; (2) Cynthia Ramsay, "Medical Savings Accounts", Critical Issues Bulletin, The Fraser Institute, 1998; (3) David Gratzer, Code Blue – Reviving Canada's Health Care System, ECW Press, 1999; (4) Dennis Owens et Peter Holle, Universal Medical Savings Accounts, Frontier Centre for Public Policy, Policy Series No. 5, juillet 2000.

⁵⁹ Le présent chapitre est un résumé d'un document beaucoup plus complet sur les CEM rédigé par Margaret Smith de la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement. On peut consulter ce document sur le site Web du Comité.

établissements les plus fortement subventionnées et ce, pour éviter les écueils de la prestation de services de santé « gratuits »60.

Donc, à Singapour, le financement des soins de santé provient de sources publiques et privées : recettes fiscales générales, cotisations des employeurs et des salariés, épargne obligatoire, assurance privée et apport des particuliers⁶¹. Comme la responsabilité individuelle à l'égard des dépenses de soins de santé est l'un des dogmes fondamentaux du système d'assurance-santé de Singapour, le gouvernement a rendu obligatoire l'épargne-santé et institué trois programmes publics :

- Medisave est un programme d'épargne obligatoire pour certains soins de santé. Aux termes de ce programme institué en 1984, tous les salariés doivent verser en cotisation une proportion donnée de leur revenu, l'employeur versant une cotisation égale. Ces cotisations sont déposées dans un fonds central géré par le gouvernement national. Le total des cotisations au régime est plafonné, « de manière à éviter que le solde du fonds ne devienne excessivement important, ce qui risquerait d'entraîner une consommation futile de services de santé »62. L'argent figurant au compte Medisave peut servir à payer des services hospitaliers et certains autres frais médicaux pour le titulaire du compte et sa famille. Les retraits du compte sont assujettis à des plafonds qui exigent une certaine quote-part des patients, particulièrement s'ils se font soigner dans un hôpital privé ou s'ils choisissent des chambres coûteuses dans des hôpitaux publics. Medisave couvre aussi certains traitements ambulatoires coûteux comme la radiothérapie, la chimiothérapie, la dialyse rénale et les médicaments antirétroviraux de lutte contre le sida. Sous réserve de l'obligation de conserver un certain solde dans leur compte, les titulaires peuvent retirer l'argent de leur compte Medisave à 55 ans. En outre, tout solde au compte peut être versé à la succession du titulaire au décès de celui-ci.
- MediShield est un régime facultatif peu coûteux d'assurance en cas de maladie invalidante conçu pour couvrir les frais médicaux associés à une maladie grave de longue durée. Ce régime, institué en 1990, est un complément de Medisave ouvert aux titulaires de compte Medisave de moins de 75 ans. Les cotisations au MediShield sont payées à même les cotisations versées à Medisave et varient en fonction de l'âge. MediShield couvre la plupart des frais médicaux, notamment les soins intensifs, les opérations chirurgicales et les implants. Sont aussi couverts les services ambulatoires de dialyse rénale et de chimiothérapie, la radiothérapie pour le traitement du cancer et certains médicaments destinés aux malades qui ont reçu une

62 Health Care Financing in Singapore, juin 2000.

⁶⁰ Ministère de la Santé, Singapour, Overview of the Singapore Healthcare System, février 2001, http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo_a.html.

⁶¹ L'information sur le programme Medisave est tirée d'un document du ministère de la Santé de Singapour, Health Care Financing in Singapore, juin 2000. Disponible sur Internet à l'adresse http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo_b.html.

transplantation d'organe et aux malades en prédialyse et en dialyse. Les malades sont tenus de participer aux frais, sous réserve d'un plafond annuel⁶³.

• Medifund est un fonds de dotation public destiné à aider les pauvres et les indigents qui ont besoin de soins hospitaliers. Le gouvernement a fait un investissement initial, suivi d'autres injections de capital. Les revenus d'intérêt (mais non le principal) sont distribués au cas par cas aux hôpitaux publics.

D'après une étude réalisée en 1996 pour le compte du National Center for Policy Analysis des États-Unis sur les CES à Singapour, le système de Singapour « encourage une diminution de la consommation tout en offrant une protection contre les événements exceptionnels et les abus»⁶⁴. Comme les gens commencent à épargner très jeunes, les sommes accumulées permettent de couvrir les coûts qui surviennent plus tard dans la vie, lorsque les besoins en soins médicaux augmentent. Les auteurs de l'étude concluent que Medisave et MediShield donnent de bons résultats dans un système qui combine l'épargne des particuliers pour les soins de santé et l'administration publique du système de soins de santé a permis de maintenir les coûts globaux des soins de santé à un niveau relativement bas⁶⁵. Cependant, une autre étude mentionnée dans un numéro récent des Commentaires de l'Institut C.D. Howe (avril 2001) rapporte que les hôpitaux de Singapour ne sont pas compétitifs au niveau des prix et que les dépenses de soins de santé par habitant se sont mises à augmenter plus rapidement qu'avant après l'institution du système des CES⁶⁶.

7.2 Les CES en Afrique du Sud

65 Ibid., pp. 11-12.

Le marché de l'assurance-santé privée d'Afrique du Sud offre aux résidants un grand éventail de régimes qui leur permettent de se faire soigner dans des établissements privés. Depuis leur création en 1994, les CES se sont répandues et représentent maintenant la moitié du marché de l'assurance privée⁶⁷.

En Afrique du Sud, les CES permettent essentiellement deux choses : (1) payer des soins couverts par l'assurance mais d'un montant inférieur à la franchise prévue dans les polices d'assurance-santé et (2) payer certains types de soins non couverts par l'assurance (par exemple la chirurgie corrective de l'œil). Les CES sont des régimes d'assurance qui présentent les caractéristiques suivantes :

⁶³ Une bonne partie de l'information sur MediShield provient du ministère de la Santé de Singapour à l'adresse http://www.gov.sg/moh/mohinfo/mohinfo/mohinfo/b(B).html.

⁶⁴ Thomas A. Massaro et Yu-Ning Wong, *Medical Savings Accounts: The Singapore Experience*, NCPA Policy Report No. 203, avril 1996, p. 2. Document disponible sur Internet à l'adresse http://www.ncpa.org/studies/s203/s203.html.

⁶⁶ Cam Donaldson, Gillian Currie, Craig Mitton, Commentaire de l'Institut C.D. Howe, *Integrating Canada's Dis-Integrated Health Care System*, Lessons from Abroad, nº 151, avril 2001, p. 18 (voir www.cdhowe.org).

⁶⁷ Une bonne partie de l'information sur les comptes d'épargne médicale en Afrique du Sud est tirée d'un rapport intitulé *Medical Savings Accounts in South Africa*, préparé par Shaun Matisonn pour le compte du National Center for Policy Analysis des États-Unis, NCPA Policy Report No. 234, juin 2000. (voir http://www.ncpa.org/studies/s234/s234.html).

- couverture intégrale des services non discrétionnaires comme les pontages coronariens et les autres services aux malades hospitalisés;
- franchise d'environ 1 200 \$ pour les dépenses discrétionnaires comme les frais de visite chez le médecin et les autres services ambulatoires;
- couverture intégrale du coût des médicaments nécessaires au traitement de certaines affections chroniques⁶⁸.

Les cotisations aux CES bénéficient d'un régime fiscal avantageux. Les deux tiers des cotisations d'un employeur pour le compte d'un salarié sont déductibles du revenu imposable du salarié et les deux tiers de la cotisation du salarié peut être versée en argent avant impôt⁶⁹.

Dans l'ensemble, les divers régimes d'épargne-santé offerts en Afrique du Sud présentent une grande souplesse. On constate peu de plafonds des cotisations qu'une personne peut faire à sa CES pour couvrir ses frais de soins de santé en deçà de sa franchise. Une personne ou un employeur peuvent cotiser, et les sommes non dépensées peuvent être remises au titulaire du compte une fois par année ⁷⁰.

Une étude préparée pour le compte du National Center for Policy Analysis (NCPA), un partisan de longue date des CES, a conclu que les CES avaient donné de bons résultats en Afrique du Sud. Ils sont devenus populaires en grande partie grâce à une réglementation souple qui permet aux assureurs d'adapter les régimes aux besoins du marché privé et ils encouragent un mode de vie propre à assurer santé et bien-être⁷¹. Plus précisément, les auteurs de l'étude signalent que :

- les CES font économiser de l'argent en moyenne, les titulaires de CES dépensent moitié moins en services ambulatoires et en médicaments que les personnes qui adhèrent à des régimes classiques;
- rien ne permet de conclure que les titulaires de CES ont substitué des soins exempts de franchise à des soins assujettis à une franchise élevée;
- il ne semble pas non plus que les titulaires de CES renoncent aux soins dont ils ont besoin après comparaison des réclamations pour maladie invalidante aux termes d'une CES et aux termes d'une police classique, le nombre des réclamations de ce genre émanant de titulaires de CES ne paraît pas indûment élevé;

⁶⁸ Ibid., p. 9.

⁶⁹ Ibid., p. 10.

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ On signale par exemple dans le rapport qu'un régime en particulier administre un système de points accordés par exemple pour la réalisation de tests préventifs comme les tests de PAP et les mamogrammes ou pour la participation à des programmes de conditionnement physique. Les points accumulés peuvent être échangés entre autres contre des billets d'avion.

• les CES intéressent les personnes en bonne santé, mais ils peuvent être avantageux pour les personnes malades dont les coûts de soins de santé sont élevés⁷².

7.3 Les CES aux États-Unis

Une bonne partie du débat et des textes sur les CES et le gros de la controverse entourant cette formule proviennent des États-Unis où, avec la hausse des coûts des soins de santé et les critiques de plus en plus nombreuses que suscite le système de soins administrés par les HMO (organisations de soins de santé intégrés) et d'autres fournisseurs, les CES sont présentées comme une bonne façon de réduire les dépenses de soins de santé et d'habiliter les consommateurs de services de santé.

La CES bénéficie d'un régime fiscal favorable au niveau fédéral et au niveau des États. Ils sont actuellement offerts par les régimes d'assurance des employeurs et par Medicare Plus Choice.

7.3.1 CES du Secteur privé

Le premier programme fédéral américain autorisant un régime fiscal avantageux pour les CES est entré en vigueur le 1^{er} janvier 1997. La Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) instituait un projet de démonstration de caisses d'épargnesanté d'une durée de quatre ans se terminant en 2000 et précisait les conditions du régime fiscal de ces comptes au niveau fédéral. Le projet de démonstration a depuis été reconduit pour une période de deux ans.

La démonstration est limitée à 750 000 titulaires de CES⁷³. Sont autorisés à participer au programme fédéral les travailleurs indépendants et les entreprises qui emploient 50 salariés ou moins. (Les États, eux, ne plafonnent pas le nombre des salariés.) Les entreprises qui emploient plus de 50 salariés ne peuvent pas offrir à leurs employés le bénéfice des dégrèvements fiscaux fédéraux visant les CES, mais peuvent quand même offrir des régimes similaires assortis de règles fiscales moins généreuses.

Pour être admissibles, les participants doivent souscrire une police d'assurance-santé à franchise élevée pour couvrir les dépenses de soins de santé importantes. Il s'agit d'une police complète dont la franchise est plus élevée que les régimes de soins médicaux ordinaires et qui comporte un plafond annuel à l'égard des frais payés directement par le titulaire. Pour une personne, la franchise doit se situer entre 1 550 et 2 350 \$ (avec un plafond de dépenses directes de 3 100 \$), et pour les familles, la franchise doit se situer entre 3 100 et 4 650 \$ (avec un plafond de 5 700 \$ de dépenses directes). La CES est établie par l'intermédiaire d'un fiduciaire qui peut être une banque, une société d'assurance ou toute autre entité approuvée par le Internal Revenue Service.

⁷² *Ibid.*, p. 15-17.

⁷³ La publication 969 du Internal Revenue Service contient une description détaillée des conditions des CEM fédéraux. C'est d'elle que sont tirés les renseignements sur les CEM fédéraux. (http://www.irs.ustreas.gov/prod/forms_pubs/pubs/p96901.htm).

Un employeur ou un salarié peuvent cotiser à une CES, mais pas les deux la même année. Le plafond des cotisations est établi à 65 % de la franchise annuelle du régime de soins dans le cas des personnes seules et à 75 % dans le cas des familles. Il existe aussi des plafonds fondés sur le salaire ou la rémunération des salariés. La CES est transférable : elle appartient au titulaire du compte et suit le salarié lorsque celui-ci change d'emploi.

Les CES offrent un certain nombre d'avantages fiscaux. Les dépôts des employeurs dans un régime de CES ne sont pas considérés comme des avantages sociaux imposables, les cotisations des salariés donnent droit à une déduction fiscale et les fonds s'accumulent dans les CES en franchise d'impôt. Par contre, les cotisations qui excèdent le plafond annuel sont frappées d'une taxe d'accise de 6 %. Le plus souvent, les fonds des CEM servent à payer des soins de santé ordinaires. Les retraits des comptes sont libres d'impôt si l'argent sert à payer des frais de soins de santé qui donneraient droit à une déduction pour frais médicaux pour les fins de l'impôt sur le revenu. Les fonds qui ne sont pas utilisés à des fins de soins de santé sont frappés d'impôt et d'une pénalité fiscale. Le solde du compte en fin d'année peut être reporté sur l'année suivante sans pénalité.

Il est possible de désigner un bénéficiaire du compte. Si le bénéficiaire est le conjoint, au décès du titulaire, le compte est traité comme le régime du conjoint. Si le bénéficiaire est une personne autre que le conjoint, au décès du titulaire, le compte perd sont statut de CES et le bénéficiaire désigné paie de l'impôt sur la juste valeur marchande du compte. Lorsqu'il n'y a pas de bénéficiaire désigné, la juste valeur marchande du compte est intégrée à la dernière déclaration de revenus de la personne décédée.

Les promoteurs de la loi de 1997 pensaient que les assureurs entreraient rapidement sur le marché des CES et que beaucoup de gens ouvriraient des CES. Cependant, le marché s'est développé lentement et on compte actuellement environ 100 000 CES⁷⁴.

Dans un rapport présenté au Congrès par la Medicare Payment Advisory Commission (MedPac) sur les caisses d'épargne-santé dans le contexte de Medicare (novembre 2000), on cite quatre grands facteurs pour expliquer la lenteur du développement des CES⁷⁵: offre limitée, manque d'intérêt des courtiers, demande limitée et problèmes de conception.

• Offre limitée - La loi fédérale limite l'admissibilité aux travailleurs autonomes et aux entreprises employant 50 salariés ou moins. D'après le rapport MedPac, ces conditions ont pour effet de limiter les fournisseurs de CES aux sociétés d'assurance qui s'intéressent au marché des particuliers et des petits groupes. Certaines sociétés ont offert le produit pour avoir une présence sur le marché au cas où les CES deviendraient populaires, mais beaucoup n'ont pas fait d'effort vigoureux de promotion quand elles se sont rendu compte que les CES suscitaient peu d'intérêt. Les assureurs hésitaient aussi parce que les CES ont été instituées dans le contexte d'un projet de démonstration de quatre ans ⁷⁶. De même, dans un rapport du General Accounting Office (GAO) des

⁷⁴ Linda Klinger, "Few Takers for Medical Savings Accounts, *Washington Business Journal*, 2 avril 2001. (http://washington.bcentral.com/washington/stories/2001/04.02/focus4.html).

⁷⁵ Medicare Payment Advisory Commission (MedPac), Report to Congress, Medical Savings Accounts and the Medicare Program, novembre 2000, pp. 6-7 (http://www.medpac.gov/).

⁷⁶ Ibid., p. 6.

États-Unis aux comités du Congrès chargés des CES (décembre 1998), on fait observer que, si de nombreux assureurs offrent des régimes de CES, peu en font une promotion vigoureuse⁷⁷.

- Manque d'intérêt des courtiers Le rapport MedPac signale que les agents ne semblent pas s'intéresser outre mesure à la vente des CES. Comme les polices relatives aux CES sont assorties d'une prime en général moins élevée que les autres types de polices, elles rapportent moins aux agents en commissions. En outre, comme le public connaît mal les CES et parce que les comptes sont relativement compliqués, la vente du produit exige beaucoup de temps de la part des agents. Ceux-ci sont donc peu enclins à investir le temps nécessaire pour se renseigner à fond sur le produit et le vendre⁷⁸.
- Demande limitée Le rapport MedPac fait remarquer que les travailleurs autonomes constituent potentiellement un important marché. Cependant, la majeure partie d'entre eux continuent de préférer la certitude associée aux régimes classiques de soins de santé assortis de franchises relativement faibles⁷⁹. Le rapport au GAO confirme que les ventes sont inférieures aux prévisions. Certains des assureurs qui ont participé au sondage du GAO n'étaient pas étonnés des bas chiffres de vente compte tenu de la complexité du produit et des restrictions associées au projet de démonstration⁸⁰.
- Problèmes de conception Le rapport MedPac signale par ailleurs que les restrictions qui s'appliquent aux régimes fédéraux de CES nuisent à l'essor de cette formule. En effet, ces restrictions, destinées à l'origine à atténuer les craintes quant aux répercussions fâcheuses du programme sur les recettes fiscales et sur le marché de l'assurance-santé dans l'éventualité où des CES seraient ouvertes par un grand nombre de personnes en santé et relativement riches, ont eu un effet un peu dissuasif. Par conséquent, le nombre des polices a été limité à 750 000, et aucune nouvelle police ne pouvait être émise après le 31 décembre 2000; on a institué un seuil et un plafond pour les franchises; on a imposé un plafond sur les dépenses assumées par le consommateur; le montant pouvant être versé dans une CES a été limité à une fourchette oscillant entre 65 et 75 % de la franchise; enfin, seul le salarié ou l'employeur pouvaient cotiser, mais pas les deux 81.

Un rapport de 1998 du National Center for Policy Analysis examine les obstacles qui nuisent à l'expansion du marché américain des CES⁸². Le NCPA pense entre autres que la fourchette des franchises permises est trop étroite et que le plafond fixé pour les sommes déposées dans une CES expose les titulaires à des dépenses de soins de santé substantielles avant

⁷⁷ United States General Accounting Office (GAO), Report to Congressional Committees, *Medical Savings Accounts Results from Surveys of Insurers*, décembre 1998, GAO/HEHS-99-34. p. 11 (http://www.gao.gov/archive/1999/he99034.pdf).

⁷⁸ MedPac, Medical Savings Accounts and the Medicare Program, p. 6.

¹⁹ *Ibid.*, p. 7.

⁸⁰ GAO, Medical Savings Accounts Results from Surveys of Insurers, p. 12.

⁸¹ MedPac, Medical Savings Accounts and the Medicare Program, p. 7.

⁸² National Center for Policy Analysis, Medical Savings Accounts: Obstacles to Their Growth and Ways to Improve Them, NCPA Policy Report No. 216, juillet 1998. (http://www.ncpa.org/studies/s216.html).

que leur assurance ne prenne le relais. Concluant que la loi sur les CES était le résultat d'un certain nombre de compromis politiques ayant peu à voir avec la politique en matière de santé, la recherche économique ou la demande ⁸³, le NCPA a formulé un certain nombre de recommandations de réforme, dont les suivantes :

- élargir la fourchette des franchises autorisées pour donner aux assureurs une plus grande souplesse leur permettant de mieux adapter les CES aux besoins des consommateurs;
- autoriser le marché à déterminer le montant des dépenses assumées par les titulaires de CES;
- permettre aux employeurs et aux salariés de cotiser en même temps au régime de CES;
- supprimer le plafond de 750 000 quant au nombre des titulaires de CES⁸⁴.

7.3.2 Medicare Plus Choice

Le régime de CES Medicare+Choice combine un régime d'assurance-santé à franchise élevée (de l'ordre de 6 000 \$) et une caisse d'épargne-santé. Dans ce programme, Medicare paie la prime d'assurance laquelle, comme la franchise est élevée, est moindre que dans les régimes d'assurance-santé conventionnels, et dépose la différence entre le coût de la prime et le montant normal de la capitation de Medicare dans une CES. Les cotisations au régime sont les mêmes pour tous les bénéficiaires mais les paiements sont modulés en fonction des caractéristiques démographiques et de l'état de santé.

La CES Medicare+Choice était conçue pour donner aux bénéficiaires de Medicare davantage de contrôle sur leurs soins en leur permettant de choisir leurs fournisseurs de services de santé aux termes de modalités négociées. On espérait que cette démarche aurait entre autres l'avantage de réduire les dépenses de soins de santé discrétionnaires, les gens étant plus conscients de leur coût.

Dans ce régime, seule l'administration de Medicare est autorisée à faire des dépôts dans des CES; les bénéficiaires ne peuvent pas verser de cotisations dans le compte. Les montants déposés et l'intérêt sont libres de tout impôt fédéral, et les sommes tirées du compte pour régler des dépenses autorisées sont-elles aussi exemptes d'impôt. Les bénéficiaires qui n'ont pas de fortes dépenses de soins de santé peuvent convertir le paiement de la CES en revenu après un certain temps. L'argent de la caisse-d'épargne peut être utilisé pour payer des soins donnant droit à une déduction fiscale de même que certaines primes d'assurance, par exemple pour des soins de longue durée. Si le montant accumulé dans le compte atteint plus de 60 % de la franchise annuelle, l'excédent peut être retiré sans pénalité et être utilisé à n'importe quelle fin (mais il est considéré comme un revenu imposable) Au décès du bénéficiaire, la CES peut être transférée au conjoint désigné comme bénéficiaire et la CES sera considérée comme le sien. Autrement, la CESM perd son statut et sa valeur devient imposable.

⁸³ Ibid.

⁸⁴ Ibid., pp. 2-4.

En novembre 2000, personne encore n'avait demandé d'offrir des CES sous le régime de Medicare+Choice. Par conséquent, le Congrès a demandé à la Medicare Payment Advisory Commission (MedPac) de lui faire rapport sur les modifications qui pourraient être apportées pour rendre le programme viable pour les organisations et les bénéficiaires de Medicare.

Dans le rapport de novembre 2000 de MedPac, Medical Savings Accounts and the Medicare Program, on conclut que le secteur privé n'offre pas de CES sous le régime de Medicare pour deux raisons :

- 1. la faiblesse de la demande de la part des bénéficiaires de Medicare, qui craignent le risque, et
- 2. le coût et la difficulté de la commercialisation d'un produit complexe comme les CES de Medicare auprès d'une population cible fragmentée et petite⁸⁵.

MedPac a fait remarquer que les primes aux termes du régime Medicare classique étaient relativement faibles et la couverture vaste, si bien que les bénéficiaires de Medicare ont peu de raison d'opter pour les CES. Il serait certes possible d'encourager la participation en modifiant certaines des conditions qui ont un effet dissuasif, mais des changements institutionnels ne stimuleraient sans doute pas beaucoup la participation en raison des caractéristiques du marché sous-jacent. On signale en outre dans le rapport que la plupart des mesures destinées à accroître la participation auraient aussi pour effet de réduire la protection des bénéficiaires ou d'accroître le risque financier pour le programme Medicare ⁸⁶.

7.4 Projets de CES pour Hongkong

En décembre 2000, le gouvernement de Hongkong a publié un document de consultation sur la réforme du secteur de la santé intitulé *Lifelong Investment in Health*⁸⁷. Admettant d'entrée de jeu que la pérennité du régime de santé de Hongkong était « extrêmement douteuse », les auteurs du document proposent une stratégie en trois volets pour assurer la viabilité financière à long terme du régime. Le troisième volet - après la réduction des coûts/l'amélioration de la productivité et la révision du barème des coûts - consiste à instituer des CES appelées des « comptes de protection de la santé » ⁸⁸ dotés des caractéristiques suivantes :

⁸⁵ Medicare Payment Advisory Commission, Report to Congress, *Medical Savings Accounts and the Medicare Program*, novembre 2000, p. 19(http://www.medpac.gov/).

⁸⁶ Ibid.

 ⁸⁷ Hong Kong, Lifelong Investment in Health, Consultation Document on Health Care Reform, décembre 2000 (http://www.info.gov.hk/hwb/english/CONSULT/HCR/HCR2.HTM#Contents).
 88 Ibid., p. 51.

- un compte personnel est ouvert pour la personne et son conjoint où le titulaire verse des cotisations obligatoires représentant de un à deux pour cent de ses gains, entre 40 et 64 ans;
- l'épargne ne peut pas être retirée du compte avant que le titulaire atteigne l'âge de 65 ans;
- les sommes retirées ne peuvent servir à payer que les dépenses de soins de santé ou de frais dentaires du titulaire et de son conjoint, en fonction des taux du secteur public, ou à acheter de l'assurance-santé et dentaire auprès d'assureurs privés;
- si une personne choisit de se prévaloir des services du secteur privé, elle sera remboursée aux taux du secteur public à même l'épargne accumulée, la différence de prix étant à la charge de la personne concernée ou d'un assureur privé, le cas échéant;
- en cas de décès, l'épargne restante est transférée aux survivants⁸⁹.

Le compte de protection de la santé vise à aider les personnes à payer des services médicaux fortement subventionnés après la retraite et non à en transférer le fardeau aux générations suivantes⁹⁰. Pour maintenir le taux d'épargne à un niveau abordable, on propose de limiter les retraits du compte avant 65 ans et d'offrir des remboursements aux taux du secteur public. Le gouvernement estime que, pour une famille touchant le revenu médian avec un taux d'utilisation moyen, un couple aura les moyens d'assumer ses dépenses de soins de santé au taux du secteur public jusqu'à l'âge de l'espérance de vie moyenne⁹¹. Le gouvernement de Hongkong a l'intention d'effectuer une autre étude des avantages et de la faisabilité des comptes de protection de la santé en 2001-2002.

Pour les personnes qui auront très peu économisé ou qui auront épuisé leur épargne en raison de problèmes de santé fréquents, la proposition prévoit un second « filet de sécurité » offert par le gouvernement, mais sans en donner de détails.

Cependant, pour les personnes ayant besoin de soins infirmiers de longue durée, le document de consultation mentionne un projet de création d'un compte d'épargne distinct, Medisage, les cotisations s'établissant à 1 % du salaire et destinées à l'achat d'assurance pour les soins de longue durée après la retraite. Comme ce type d'assurance n'est pas très développé à Hongkong, le gouvernement envisage d'effectuer des études plus approfondies des scénarios possibles et des caractéristiques du régime ⁹².

7.5 Les CES: Le Débat

Les experts ne s'entendent pas sur les répercussions des CES sur l'état de santé et les coûts des soins de santé. Les partisans des CES font valoir que celles-ci donnent davantage

⁸⁹ Ibid., p. 57.

⁹⁰ Ibid., p. 58.

⁹¹ Ibid.

⁹² Ibid., pp. 58-59.

de choix aux consommateurs, encouragent les gens à faire un usage plus prudent des services de santé et font baisser les dépenses de soins de santé. Pour leur part, les détracteurs des CES affirment que l'épargne en dépenses de soins de santé est minime, que cette formule fractionne le risque sur le marché de l'assurance, fait augmenter les coûts d'assurance pour les personnes qui choisissent de conserver leur régime global d'assurance-santé et a un effet fâcheux sur la santé des personnes, particulièrement les pauvres et les personnes en mauvaise santé, qui renoncent à des soins médicaux pourtant nécessaires.

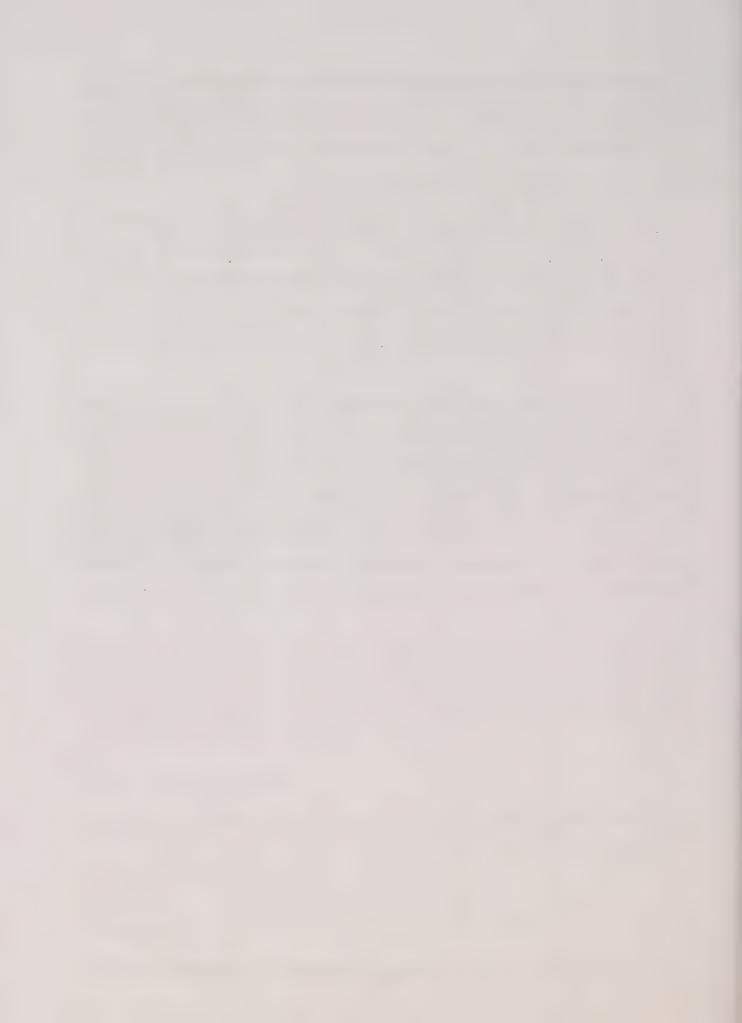
Serait-il possible d'instituer un régime de CES au Canada? Une étude réalisée par des économistes de la santé de Calgary (Cam Donaldson, Gillian Currie et Craig Mitton) montre que cela serait ardu. Selon les auteurs, la mise en oeuvre d'un tel régime pose des problèmes pratiques et structurels qu'il faudrait résoudre avant de tirer quelque bénéfice que ce soit de cette formule. Premièrement, les avantages du choix que cette formule donne aux consommateurs sont limités au Canada puisque les Canadiens jouissent déjà d'une latitude considérable dans le choix de leurs médecins et spécialistes. De même, la CES n'aurait pas beaucoup d'effet sur les investissements des Canadiens dans leur santé puisque ceux-ci s'occupent déjà passablement de leur santé ⁹³.

Donaldson, Currie et Mitton invoquent aussi le problème de l'information asymétrique qui diminue les gains potentiels à tirer des CES. Beaucoup de consommateurs ont déjà du mal à prendre des décisions éclairées à propos de leurs soins par manque d'information. En outre, l'aptitude des personnes à devenir des consommateurs actifs de soins de santé varie considérablement selon le groupe socio-économique et l'âge⁹⁴. Enfin, ces chercheurs soulignent que si les gouvernements affectaient leurs budgets de santé aux CES, les dépenses de soins de santé demeureraient les mêmes, mais les consommateurs risqueraient alors d'exiger des services plus nombreux ou un meilleur accès aux services, et le système pourrait être dans l'impossibilité de répondre à leurs attentes. Ils concluent qu'il faudrait réaliser des projets pilotes approfondis avant de pouvoir se prononcer sur les répercussions éventuelles de l'adoption de cette formule au Canada⁹⁵.

⁹³ Ibid.

⁹⁴ Ibid., p. 20.

⁹⁵ Ibid.



CHAPITRE HUIT:

ANALYSE COMPARATIVE

urant la phase trois de son étude, le Comité a pu constater les différences notables entre pays sur le plan des services couverts par les régimes publics d'assurance-santé et du financement de ces régimes. Ces régimes diffèrent aussi au niveau du rôle de l'assurance privée et de la responsabilité des patients vis-à-vis des frais médicaux. Nous avons constaté que les régimes de soins de santé sont des hybrides : ils comportent tous une participation mixte du secteur public et du secteur privé au financement et à la prestation des services. Les caractéristiques des régimes varient aussi selon l'économie politique et la structure gouvernementale et les valeurs propres aux sociétés concernées.

En dépit de ces différences, la plupart des pays attendent les mêmes choses de leur régime d'assurance-santé: des services efficaces propres à améliorer la santé et la qualité de vie de la population, un accès équitable à ces services et une utilisation rationnelle des ressources disponibles. Ils ont cependant choisi des solutions très différentes pour atteindre ces objectifs, chacune comportant automatiquement des avantages et des inconvénients. Comme l'a dit éloquemment M. James Björkman de l'Institut international d'études sociales des Pays-Bas :

[...] tous les systèmes de santé que je connais cherchent à satisfaire à trois critères. On pourrait résumer ces critères de la manière suivante: chercher à offrir des soins de qualité optimale au coût raisonnable le plus bas, au plus grand nombre de personnes possible. Autrement dit, les artisans des politiques cherchent à améliorer l'accès et à assurer la qualité, tout en veillant à la rentabilité.

Malheureusement, ces trois critères divergent. En d'autres mots, accroître le poids d'un critère suppose généralement qu'on réduit celui des deux autres. Il faut chercher à trouver la combinaison qui convient à un pays donné, à une époque donnée. 96

8.1 Financement et protection

Comme on vient de le dire, il existe des différences notables entre les pays étudiés en ce qui concerne ce qui est couvert par les régimes publics d'assurance-santé et le mode de financement de ces régimes.

D'après l'étude comparative que nous avons effectuée, ce sont l'Allemagne, la Suède et le Royaume-Uni qui offrent les régimes publics les plus complets d'assurance-santé. La part du secteur public dans les dépenses totales de soins de santé y est bien plus élevée (84 % en Suède et au Royaume-Uni et 75 % en Allemagne) qu'au Canada (70 %). Par ailleurs, beaucoup de pays où l'État assume une proportion des dépenses de santé analogue à celle du Canada —

⁹⁶ M. James Björkman (15:4).

comme l'Australie et les Pays-Bas — offrent en revanche une couverture bien plus vaste, généralement avec la participation du secteur privé, soit par l'imposition de frais modérateurs, soit par l'intervention d'assureurs privés.

Contrairement à l'usage au Canada, l'Australie, l'Allemagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni imposent des frais aux usagers à l'égard des services assurés par le régime public. Même en Suède, un des pays

européens les plus socialisés, on perçoit des frais aux usagers à l'égard de services financés par l'État. En outre, on peut dans de nombreux pays se procurer de l'assurance soins-médicaux privée couvrant les mêmes prestations que l'assurance publique, ce qui n'est pas le cas au Canada

^{97.} Par exemple, en Allemagne et aux Pays-Bas, l'assurance médicale privée est facultative pour les personnes dont le revenu dépasse un certain seuil (l'assurance-santé publique est obligatoire pour les personnes à faible revenu). Dans ces pays, les assureurs privés sont tenus d'accepter tous les demandeurs et doivent offrir des prestations équivalentes à celles du régime public. En Australie et en Suède, la loi force les assureurs privés à fixer le taux des cotisations sur une base collective (indépendamment de l'état de santé de chacun). Le gouvernement de l'Australie encourage activement les résidants à se procurer une assurance médicale privée en en subventionnant 30 % des coûts. Au Royaume-Uni comme en Australie, les résidants peuvent acheter de l'assurance privée pour couvrir les coûts de services dispensés dans des hôpitaux privés aussi bien que dans des hôpitaux publics.

Une autre différence existe en ce qui concerne les services assurés par l'État. Au Canada, le financement public du système est axé sur les hôpitaux et les médecins. Dans plusieurs autres pays, le financement public s'étend beaucoup plus aux produits pharmaceutiques. Je ne suis pas certain des effets que cela a sur l'efficacité, mais il y en a certainement en ce qui concerne l'équité et l'accès aux soins nécessaires.

Cam Donaldson, Profeseur, Département d'économie, Université de Calgary (22:17)

Des différences surviennent aussi suivant l'ampleur du système à deux paliers dans divers pays. Au Royaume-Uni, tous sont obligés de payer pour le système. Au Canada, nous payons au moyen de nos impôts. Cependant, contrairement au Canada, le Royaume-Uni n'a pas de restrictions quant à l'achat privé de services assurés par l'État. On présente toujours cela comme un élément merveilleux du système canadien, mais l'un des paradoxes est qu'au Royaume-Uni, seulement 10 à 15 p. 100 des dépenses proviennent du secteur privé, tandis qu'au Canada, c'est 25 p. 100. Par conséquent, ce qu'on a ici, c'est une forme différente de système à deux paliers. Il s'applique simplement à un ensemble différent de services.

Cam Donaldson, Professeur, Département d'économie, Université de Calgary (22:17)

D'après nos observations, ce sont l'apport financier direct des malades, le fait que les assureurs privés soient autorisés à couvrir certains services, même dans les hôpitaux publics, et la participation du secteur privé à la prestation des services qui permettent à certains pays d'offrir à l'ensemble de leur population une gamme élargie de services de santé assurés. À cet égard, l'Australie et Singapour encouragent ouvertement le secteur privé à participer au régime dans le but avoué de préserver le caractère abordable des services médicaux et d'en assurer la pérennité.

⁹⁷ Aucun pays ne s'en remet exclusivement à l'assurance privée pour assurer la couverture des soins de santé de ses citoyens. Même aux États-Unis, où le secteur privé joue un role de premier plan dans l'assurance-santé, l'État assume 45% des dépenses totales de soins de santé. Le fait est que les soins de santé sont très différents des autres biens et services.

Au chapitre des frais aux usagers, Ake Blomqvist estime qu'il serait sans doute difficile d'exiger du jour au lendemain une participation directe des patients à l'égard du coût des services des médecins et des hôpitaux au Canada, mais que les recettes qu'on en tirerait permettraient d'offrir un plus grand panier de services de santé assurés par l'État:

En ce qui concerne le ticket modérateur, j'en viens à la conclusion qu'on ne pourra jamais débattre du ticket modérateur de façon rationnelle au Canada. La formule du ticket modérateur est devenue le symbole des chicanes fédérales-provinciales concernant la compétence en matière de politique de la santé. Il vaut mieux renoncer à l'idée du ticket modérateur pour les services médicaux et hospitaliers.

Cependant, si on élargit le concept de l'assurance-santé pour y inclure une assurance-médicaments financée par des fonds publics ainsi, éventuellement, que les soins à long terme et les soins à domicile, je pense qu'il faudra envisager de nouveau la question du ticket modérateur. À ma connaissance, il n'existe aucun pays qui prenne en charge les produits pharmaceutiques et les soins à long terme et qui ne comportent pas une certaine participation aux frais pour le patient 98.

Pour sa part, Mark Stabile a fait remarquer qu'il est certes possible d'améliorer l'accès aux soins et l'équité du régime en élargissant la palette des services assurés, mais qu'il faudra peut-être pour cela renoncer à la couverture intégrale par l'État des coûts des services hospitaliers et des services médicaux 99.

Abstraction faite des différences de couverture des régimes publics, les régimes des pays observés diffèrent grandement au niveau de la provenance des recettes publiques qui servent à financer la part de l'État des dépenses de soins de santé. En Australie, au Canada et au Royaume-Uni, celles-ci sont financées essentiellement à même les recettes fiscales générales, tandis qu'en Allemagne et aux Pays-Bas, le gros des fonds publics alloués aux soins de santé proviennent du régime de sécurité sociale et sont le produit des cotisations des employeurs et des employés. En Suède et à Singapour, l'origine du financement public pour les soins de santé est mixte (recettes fiscales générales et assurance sociale).

Y a-t-il des leçons à tirer pour le Canada de l'expérience des autres pays en matière de financement du régime d'assurance-santé? D'après Ake Blomqvist, les pays qui se sont dotés d'un régime public à payeur unique arrivent le mieux semble-t-il à contenir les coûts des soins de santé. À son avis, il vaudrait la peine d'envisager un élargissement de la couverture de l'assurance-santé publique tout en conservant le principe du payeur unique :

(...) les pays dont le système se rapproche le plus du principe du financement public à payeur unique, le Royaume-Uni et le Japon, sont ceux qui consacrent aux soins de santé la part la plus petite du PIB. Bien que le Canada respecte strictement le principe du payeur unique en ce qui a trait aux services visés par la

⁹⁸ Ake Blomqvist (22:22-23).

⁹⁹ Mark Stabile, courriel au Comité, juin 2001.

Loi canadienne sur la santé, la relative étroitesse de l'éventail des soins couverts signifie que, en réalité, nous avons un système mixte où le recours au secteur privé est relativement important. Par conséquent, s'il s'agit surtout de contenir les coûts, il semblerait indiqué à première vue d'élargir l'éventail des soins payés par le régime public en instaurant, par exemple, un régime public d'assurance-médicaments comme le propose le Forum national sur la santé 100.

8.2 Soins primaires

Les différences les plus intéressantes entre les systèmes de soins de santé des pays industrialisés étudiés par le Comité tiennent à la façon dont sont assurés les soins primaires et, en particulier, aux incitatifs auxquels sont soumis les fournisseurs de ces soins.

Au Canada, en Australie et en Allemagne, de même que dans le régime Medicare original des États-Unis, le vecteur principal des soins reste les généralistes ou médecins de famille qui opèrent de façon autonome et qui sont rémunérés à l'acte. Du point de vue des patients, l'un des avantages de ce système, c'est qu'il ne leur impose pas de grandes restrictions dans leur choix de médecin. Les détracteurs du paiement à l'acte soutiennent que ce système de rémunération incite les médecins à multiplier les visites courtes, mais pas à régler plusieurs problèmes au cours de la même visite – en fait il les décourage de le faire – ni à fournir de l'information ou des conseils. Ainsi, les médecins qui choisissent de consacrer plus de temps à leurs malades voient moins de malades par jour et sont donc moins bien rémunérés.

Par contre, aux Pays-Bas et dans bien des régimes de soins gérés relevant du régime Medicare américain, les soins primaires sont prodigués par des généralistes dont le revenu est fondé sur la capitation et qui travaillent seuls ou en groupe. Comme son nom l'indique, le système de paiement par capitation est un mode de rémunération par personne. Le revenu du médecin dépend du nombre de patients enregistrés, indépendamment du nombre de visites. Ce système a entre autres l'avantage d'encourager les médecins à passer plus de temps avec leurs patients. Il a cependant l'inconvénient d'encourager des services insuffisants parce que la rémunération du médecin est sans rapport avec la quantité des services dispensés. En outre, tout système de rémunération par capitation qui force les malades à s'inscrire auprès d'un généraliste ou d'un groupe de professionnels de la santé en particulier limite la liberté du patient de choisir lui-même son médecin.

Le système de capitation a par contre l'avantage, entre autres, de pouvoir être modifié de manière à offrir aux médecins de soins primaires des incitations à prendre des décisions économiques au niveau de l'usage qui est fait des très nombreux intrants des soins de santé (médicaments, spécialistes, services hospitaliers, tests diagnostiques). Le système des Fundholdings au Royaume-Uni et sa transformation récente en groupes de soins primaires est instructive à cet égard. Les généralistes membres d'un groupe de soins primaires touchent une rémunération mixte (capitation, traitement et paiements à l'acte) selon leurs activités. Certains estiment que cette formule permet une prestation et une utilisation plus efficaces et économiques des services de santé.

¹⁰⁰ Ake Blomqvist, Comparaisons internationales de systèmes de santé: leçons pour le Canada, mémoire au Comité, juin 2001, p. 3.

Selon Ake Blomqvist¹⁰¹, le fait que la capitation soit depuis longtemps en usage aux Pays-Bas est une preuve de son efficacité à fournir des soins d'un bon rapport qualité-prix. L'importance croissante aux États-Unis des régimes de soins gérés dans le cadre desquels les fournisseurs de soins sont payés par capitation, non seulement dans le cadre du régime Medicare, mais dans la population générale, est une autre preuve de l'attrait potentiel de la capitation. Blomqvist est d'avis que l'expérience du Royaume-Uni montre clairement qu'il est possible d'avoir un système mixte où capitation, salaire et rémunération à l'acte coexistent comme moyens de payer les soins primaires.

La Suède se distingue des autres pays étudiés par le Comité dans la mesure où la majorité de ses généralistes sont salariés, à savoir qu'ils touchent un traitement annuel indépendant de leur charge de travail. Ce qu'on reproche le plus souvent à cette formule c'est que les fournisseurs de soins ont tendance à moins bien répondre aux besoins de leurs patients. Elle présente en revanche l'avantage de ne pas encourager les médecins à fournir des soins superflus. On a toutefois indiqué au Comité que, dans l'ensemble, la rémunération des généralistes suédois est inférieure à cellé de leurs homologues de nombreux autres pays industrialisés.

En définitive, il semble que toutes les formules de rémunération suscitent des comportements souhaitables comme des comportements indésirables, et certains experts canadiens prônent donc l'adoption d'un système mixte de rémunération des médecins généralistes.

Cependant, pour certains, le paiement à l'acte constitue une entrave considérable à la réforme des soins primaires au Canada. Voici à ce sujet l'avis de Cam Donaldson :

La grande différence par rapport à bien d'autres pays réside dans la rémunération des médecins. Je vois là un grand obstacle à la réforme du système. J'estime personnellement que le maintien d'une formule de rémunération à l'acte est incompatible avec le passage à un modèle d'acheteur-fournisseur. Je ne pense pas qu'un tel modèle fonctionnera si l'on maintient la formule de rémunération à l'acte¹⁰².

8.3 Intégration des services de santé

Contrairement à ce qu'on observe dans d'autres pays, les divers éléments du système de soins de santé du Canada ne sont pas bien intégrés sur le plan financier, si bien que les fournisseurs de soins et les établissements de santé n'ont pas tendance à prendre en considération les coûts et les avantages de leurs actions pour l'ensemble du système. De l'avis de Donaldson, Currie et Mitton, cette absence d'intégration au niveau financier a des « effets pervers » sur le système de soins de santé du Canada 103.

¹⁰¹ Ake Blomqvist, *Ibid*, p. 4.

¹⁰² Cam Donaldson (22:18).

¹⁰³ Cam Donaldson, Gillian Currie, Craig Mitton, Commentaire de l'Institut C.D. Howe, *Integrating Canada's Dis-Integrated Health Care System*, Lessons from Abroad, N° 151, avril 2001.

Par exemple, les régies régionales de la santé et les fournisseurs de soins (hôpitaux, médecins hospitaliers et médecins de soins primaires) agissent souvent indépendamment les uns des autres et sont rémunérés séparément. Ils ne sont donc pas soumis aux mêmes incitatifs relativement à la réalisation des objectifs communs du système public de soins de santé.

Les régies régionales de la santé n'ont pas suffisamment de contrôle sur les ressources dans leur zone de compétence. Premièrement, les médecins sont rémunérés indépendamment des autorités sanitaires. Deuxièmement, les médecins décident dans une large mesure de ce qui se passe au niveau des soins médicaux, mais ce sont les autorités sanitaires qui paient la facture. Ainsi, si les autorités sanitaires avaient voix au chapitre au sujet du budget actuellement consacré à la rémunération des médecins, le comportement des médecins et celui des autorités sanitaires seraient plus compatibles. D'après Donaldson, Currie et Mitton, on arriverait à ce résultat grâce à une forme de séparation entre acheteurs et fournisseurs de services de santé, comme l'ont fait la Suède et le Royaume-Uni.

Au Canada, cette séparation des fonctions d'acheteur et de fournisseur existe déjà dans le secteur hospitalier. Dans le passé, les acheteurs étaient les ministères provinciaux de la santé, avec lesquels les hôpitaux négociaient leur financement annuel. Dans de nombreuses provinces, la fonction d'acheteur est maintenant décentralisée et confiée à des régies régionales de la santé qui, à bien des égards, se trouvent dans une situation analogue à celle des *District Health Authorities* (administrations sanitaires de district) du Royaume-Uni dans les années 90 (ou des conseils de comté du système suédois).

L'expérience des autres pays montre que l'adoption du principe de la séparation entre acheteurs et fournisseurs n'entraînerait pas forcément des changements importants au Canada. Le tout est de faire attention à la façon dont les contrats entre fournisseurs et acheteurs sont écrits et mis en œuvre ainsi qu'à la reddition de comptes des acheteurs et aux incitatifs auxquels ils sont soumis.

Parmi les éléments d'une réforme de ce genre, il y a l'inclusion du coût des services des médecins dans le budget des régies régionales, comme cela se fait en Suède. Selon Ake Blomqvist, si les régies régionales contrôlaient le coût global des services hospitaliers et des services médicaux, elles seraient beaucoup mieux à même de prendre des décisions rationnelles sur la façon de répartir leurs ressources de manière à promouvoir le plus efficacement possible la santé de la population ¹⁰⁴.

Est-ce qu'on aboutirait à un système mieux intégré financièrement si l'on confiait aux malades eux-mêmes le financement des soins de santé par la voie d'un système de caisses d'épargne-santé? Comme on l'a vu au chapitre 7, dans cette formule, les consommateurs de soins participent activement aux décisions relatives aux dépenses de soins santé. Cependant, Donaldson, Currie et Mitton font la mise en garde suivante : « Il sera essentiel de procéder à des projets pilotes soigneusement réalisés pour être en mesure de tirer des conclusions valables sur les répercussions d'un régime de caisses d'épargne-santé. » 105

¹⁰⁴ Ake Blomqvist, mémoire au Comité, p. 7.

¹⁰⁵ Donaldson, Currie et Milton, p. 20.

8.4 Rôle du gouvernement

Parmi les pays que le Comité a examinés, le Canada est unique en ce sens que le gouvernement fédéral joue un rôle direct très restreint dans la prestation des soins de santé. Aux termes de la Constitution, les soins de santé relèvent des provinces et des territoires, sauf dans le cas de certains groupes, les plus notables étant les Premières Nations et les Inuit. Il fut un temps où la part des dépenses de santé assumée par le gouvernement fédéral était bien plus importante que maintenant et où celui-ci exerçait une influence déterminante sur le développement du système canadien de soins de santé, période qui a culminé avec l'adoption de la Loi canadienne sur la santé.

Compte tenu de la structure politique du Canada, la plupart des experts conviennent qu'il serait difficile de suivre la démarche adoptée par d'autres pays dans la réforme de leur propre système de soins de santé. Carolyn Hughes Tuohy a décrit trois stratégies de mise en œuvre visant la réforme des soins de santé :

Une approche radicale face à une telle réforme est politiquement très dangereuse et il est rare qu'un gouvernement veuille courir ce risque. Cela exige de réunir plusieurs conditions politiques qu'il est difficile de réunir. Il faut pouvoir concentrer l'autorité politique à très grande échelle et avoir la volonté politique de prendre ce risque. Dans la mesure où on concentre l'autorité, on concentre aussi la responsabilité, si bien qu'il devient plus difficile de rejeter le blâme sur quelqu'un d'autre.

Les réformes radicales sont rares. Cela s'est produit en Grande-Bretagne après la Seconde Guerre mondiale lorsqu'a été instauré le système national de santé. Nous l'avons vu dans les années 80 en Grande-Bretagne, sous le gouvernement Thatcher, lors de son troisième mandat majoritaire successif. C'est rare.

Des réformes du genre graduel sont plus courantes dans des circonstances de coalition où les compromis sont nécessaires. Je n'ai pas mentionné certains États des États-Unis où l'on a également choisi la formule graduelle parce qu'il fallait parvenir à un compromis bipartisan - avec des résultats similaires à ce que l'on a vu aux Pays-Bas. Les choses avaient tendance à bloquer ou à reculer au fur et à mesure que la coalition politique changeait de couleur.

En Australie et au Canada, nous avons constaté des réformes progressives parce que l'on ne peut pas parvenir à un consensus fédéral-provincial plus large. Ceci résulte également de certains facteurs politiques généraux qui ne sont pas limités à la santé. 106

Dans l'ensemble, les propositions radicales de réforme du système de soins de santé seraient difficiles à mettre en œuvre au Canada. Il reste cependant qu'on ne saurait

¹⁰⁶ Carolyn Tuohy (22:28).

répondre aux attentes et aux aspirations des Canadiens sans procéder à des changements importants.

Claude Forget, un ancien ministre de la santé du Québec et un expert de l'étude comparative des systèmes de soins de santé, a dit au Comité que l'expérience des autres pays devrait nous sensibiliser aux dangers d'un régime public qui serait l'otage des aléas de la vie politique et d'une réforme qui ne serait pas fondée sur des considérations pragmatiques :

Dans bien des cas, on [en Europe de l'Ouest] essaie des solutions pragmatiques. Toutefois, étant donné les liens étroits entre ces systèmes et le monde politique de ces pays, ces tentatives sont fragiles. Même quand elles sont réussies, ces expériences ne sont pas nécessairement maintenues.

Je ne critiquerai certainement pas un système qui essaierait de nouvelles solutions et qui changerait d'avis en constatant qu'elles ne sont pas efficaces. Toutefois, ce n'est pas ce qui s'est passé. C'est pour des raisons idéologiques, à cause de leurs liens étroits avec le système politique de ces pays, que les systèmes ont échoué.

Nous [au Canada] sommes jusqu'à un certain point victimes du même défaut. Nous devrions être conscients du risque qu'il y a à avoir un système public qui est à la merci des caprices de la vie politique. Quand le système de soins de santé est lié au système politique, il ne peut pas appliquer une méthode pragmatique de gestion des problèmes 107.

¹⁰⁷ Claude Forget (22:14)

e présent rapport complète la Phase Trois de l'étude du Comité sur les soins de santé. Il résume les témoignages que nous avons entendus et fait référence aux documents que nous avons commandés et à ceux qui ont été portés à l'attention de nos membres.

Les Canadiens peuvent se consoler dans le fait que leur pays n'est pas seul à connaître des problèmes de soins de santé complexes. Partout dans le monde industrialisé, la politique sanitaire est intimement mêlée à la vie politique, sociale et même culturelle du pays. À ce titre, chaque système de soins de santé est unique. Par conséquent, aucun modèle étranger ne constitue une panacée pour les problèmes qui affligent le système canadien. Cependant, les experts nous ont dit qu'il fallait craindre les répercussions au Canada de l'introduction à la pièce les changements opérés dans d'autres pays.

Dans le rapport de la Phase Quatre diffusé récemment, le Comité a souligné l'importance de l'ouverture d'esprit dans la réforme du système de soins de santé, et la nécessité d'envisager toutes les options possibles, y compris celles éprouvées ailleurs dans le monde. Nous espérons que le présent rapport sera un document utile à quiconque souhaite participer à la cinquième et dernière phase de l'étude du Comité sur les soins de santé – l'ensemble des audiences publiques qui nous mèneront à nos recommandations finales.



LISTE DES TÉMOINS

Lundi 28 mai 2001

(par vidéoconférence)

Du Ministère de la santé, du bien-être et des sports des Pays-Bas :

Dr. Hugo Hurts, directeur adjoint, Division de l'assurance-santé

De l'Institut international d'études sociales des Pays-Bas :

Dr. James Bjorkman

Jeudi 7 juin 2001 (9 h 00)

(by videoconference)

Swedish Parliament (Riksdag):

Lars Elinderson, Deputy member, Committee on Health and Welfare

Lundi 11 juin 2001

(par vidéoconférence)

Ministère de la santé de l'Allemagne:

Georg Baum, directeur général, Head of Directorate Health Care

Dr. Margot Faelker, directrice adjointe, Section Financial Issues of Statutory Health Insurance

Dr. Rudolf Vollmer, directeur général, Head of Directorate Long-Term Nursing Care Insurance

Royaume-Uni - Department of Health - Economic and Operational Research Division:

Clive Smee, Chief Economic Adviser

Université de Birmingham:

Professeur Chris Ham, directeur, Health Services Management Centre

London School of Economics:

Professeur Julien LeGrand, Richard Titmuss Professor of Social Policy, LSE Health & Social Care

Mardi 12 juin 2001

(par vidéoconférence)

Institut australien de la santé et du bien-être:

Dr. Richard Madden, directeur

Australian Health Insurance Association:

Russel Schneider, PDG

National Centre for Epidemiology and Population Health - Australian National University

Dr. Tony Adams, professeur de la santé publique

Health Insurance Commission:

Dr. Brian Richards

L'Association médicale de l'Australie:

Dr. Carmel Martin, directeur

Dr. Roger Kilham

Mercredi 13 juin 2001

Santé Canada:

Ake Blomqvist, professeur invité, Direction de la recherche appliquée et d'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité et Professeur, Université of Western Ontario

Université de Calgary:

Professeur Cam Donaldson, Département d'économique

Université de Toronto (par vidéoconférence): Professeur Colleen Flood, Faculté de droit

À titre individuel: Claude Forget

Université de Toronto:

Professeur Mark Stabile, Département d'économique Professeur Carolyn Tuohy, Département de science politique

Jeudi 14 juin 2001

(par vidéoconférence)

U.S. Department of Health and Human Services:

Christine Schmidt, Deputy to the Deputy Assistant Secretary for Health Policy, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation

Ariel Winter, analyste

Tanya Alteras, analyste

DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ, RESSOURCES DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET INDICATEURS DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION : DONNÉES COMPARATIVES, 1998

| INDICATEURS DE L'ÉTAT DE SANTÉ | Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) | 5,0 | 5,5' | 4,7 | 5,2 | 3,61 | 5,7 | 7,2' |
|---|--|-----------|--------|-----------|----------|-------|-------------|------------|
| INDICAT L'ÉTAT D | Espérance de vie à la naissance (en années) | 78,3 | 79,1 | 77,3 | 78,0 | 78,7 | 77,3 | 76,8 |
| R DE LA TÉ | Médecins actifs (pour 1 000 habitants) | 2,51 | 2,1 | 3,5 | n.d. | 3,12 | 1,7 | 2,7 |
| RESSOURCES DU SECTEUR DE LA SANTÉ | Lits pour soins actifs (pour 1 000 habitants) | 4,01 | 2,91 | 7,1 | 3,7 | 2,7 | 2,4 | 3,2 |
| UBLIQUES DE SANTÉ | En pourcentage du PIB | 5,9 | 9,9 | 7,9 | 6,0 | 7,0 | 5,6 | 6,1 |
| DÉPENSES PUBLIQUES DE SOINS DE SANTÉ | En pourcentage des dépenses de santé totales | 69,3 | 9,69 | 74,6 | 70,4 | 83,8 | 83,7 | 44,7 |
| TOTALES DE SANTÉ | Dollars par habitant à parité de pouvoir d'achat | 2 043 | 2 312 | 2 424 | 2 070 | 1 746 | 1 461 | 4 178 |
| DÉPENSES TOTAL DE SOINS DE SANJ | En pourcentage du PIB | 8,5 | 9,5 | 10,6 | 8,6 | 8,4 | 6,7 | 13,6 |
| | | Australie | Canada | Allemagne | Pays-Bas | Suède | Royaume-Uni | États-Unis |

n.d.: non disponible.

1) Données de 1997. 2) Données de 1996. Source : Donnée sur la santé de l'OCDE (2000), Nations Unies (pour l'espérance de vic) et Bibliothèque du Parlement.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison, retoumer cette COUVERTURE SEULEMENT à: Travaux publics et Services gouvernementaux Canada - Edition 45 Boulevard Sacré-Coeur, Hull, Québec, Canada K1A 0S9





First Session Thirty-Seventh Parliament, 2001-02

Première session de la trente-septième législature, 2001-2002

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

Proceedings of the Standing Senate Committee on

Délibérations du Comité sénatorial permanent des

Social Affairs, Science Affaires sociales, des and Technology

sciences et de la technologie

Chair: The Honourable MICHAEL KIRBY

Président: L'honorable MICHAEL KIRBY

Wednesday, February 20, 2002 (in camera) Thursday, February 21, 2002

Le mercredi 20 février 2002 (à huis clos) Le jeudi 21 février 2002

Issue No. 48

Fascicule no 48

Forty-third and forty-fourth meetings on:

Quarante-troisième et quarante-quatrième réunions concernant:

The state of the health care system in Canada

L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESSES: (See back cover)

TÉMOINS: (Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, Chair

The Honourable Marjory LeBreton, Deputy Chair

The Honourable Senators:

Callbeck * Lynch-Staunton Carstairs, P.C. (or Kinsella) (or Robichaud, P.C.) Keon Cook Léger Cordy Morin Di Nino Robertson Fairbairn, P.C. Roche

* Ex Cyficio Members

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Léger substituted for that of the Honourable Senator Pépin (February 21, 2002).

ERRATUM

The issue published with the date of February 7, 2002, and containing the Sixteenth Report of the committee bore an incorrect Issue Number on the front cover. It was actually Issue 47. The current issue is Issue 48. Our apologies for any confusion this error has caused.

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

Les honorables sénateurs:

Callbeck * Lynch-Staunton * Carstairs, c.p. (ou Kinsella) (ou Robichaud, c.p.) Keon Cook Léger Cordy Morin Di Nino Robertson Fairbairn, c.p. Roche

* Membres d'enfice

(Quorum 4)

Modification de la composition du comité

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Léger substitué à celui de l'honorable sénateur Pépin (le 21 février 2002).

ERRATUM

Le fascicule publié en date du 7 février 2002 et qui comprend le seizième rapport du comité avait un mauvais numéro de fascicule sur la page couverture. Le fascicule daté du 7 février 2002 était en réalité le fascicule n° 47; le présent fascicule est n° 48. Nous regrettons toute confusion créée par cette erreur.

Published by the Senate of Canada

Available from Canada Communication Group - Publishing,

Public Works and Government Services Canada, Ottawa, canada K1A 0S9

Publié par le Sénat du Canada

En vente: Groupe Communication Canada - Edition. Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Aussi disponible sur internet: http://www.parl.gc.ca

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, February 20, 2002 (55)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day *in camera*, in room 705, Victoria Building, at 3:42 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Fairbairn, Keon, Kirby, Morin, LeBreton, Pépin and Roche (9).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos, from the office of Senator Cordy: James MacNeil, from the office of Senator Kirby: Jeff MacLeod, from the office of Senator Pépin: Momar Diagne, from the office of Senator Robertson: Ross McKean, from the office of Senator Roche: Todd Martin, from the office of Senator Callbeck: Mary Moore, from the office of Senator Fairbairn: Megan Cain, from the Committees and Private Legislation Directorate: Debbie Pizzoferrato and staff from the Page Programme, Interpretation Services and the Senate Messengers.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No. 2.)

The committee considered its draft report.

It was agreed — That the committee meet at 9:00 a.m. instead of 3:30 p.m. on March 6, 2002 in order to continue discussion on the draft report.

The committee considered the following draft budget:

| Professional Services | \$100,000 |
|--------------------------------|------------|
| Transportation and Communicati | on 181,660 |
| Other Expenditures | 11,000 |
| TOTAL | \$292,660 |

. It was agreed — That the draft budget be altered to incorporate attendance to national or international health-related conferences, and that the revised budget be submitted by the Chairman to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration for its consideration.

At 4:50 p.m. the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 20 février 2002 (55)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit à huis clos aujourd'hui, à 15 h 42, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Fairbairn, Keon, Kirby, Morin, LeBreton, Pépin et Roche (9).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos, du bureau du sénateur Cordy: James MacNeil, du bureau du sénateur Kirby: Jeff MacLeod, du bureau du sénateur Pépin: Momar Diagne, du bureau du sénateur Robertson, Ross McKean, du bureau du sénateur Roche: Todd Martin, du bureau du sénateur Callbeck: Mary Moore, du bureau du sénateur Fairbairn: Megan Cain, de la Direction des comités et de la législation privée: Debbie Pizzoferrato, et des employés du Programme des pages, des Services d'interprétation et du Service des messagers du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1er mars 2001, le comité poursuit l'examen spécial de l'état du système de soins de santé au Canada. (Voir le texte complet de l'ordre de renvoi dans le fascicule n° 2 des délibérations du comité.)

Le comité étudie l'ébauche de son rapport.

Il est convenu — Que le comité se réunisse à 9 heures au lieu de 15 h 30 le 6 mars 2002 pour poursuivre la discussion sur l'ébauche de son rapport.

Le comité examine la proposition budgétaire suivante:

| Services professionnels | 100 000 \$ |
|------------------------------|------------|
| Transports et communications | 181 660 |
| Autres dépenses | 11 000 |
| TOTAL | 292 660 \$ |

Il est convenu — Que la proposition budgétaire soit modifiée pour prévoir la présence à des conférences nationales ou internationales sur la santé, et que le budget révisé soit soumis par le président à l'étude du Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration.

À 16 h 50, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, Thursday, February 21, 2002 (56)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in room 705, Victoria Building, at 11:09 a.m., the Deputy Chair, the Honourable Marjory LeBreton, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Fairbairn, Keon, Morin, LeBreton, Léger and Roche (8).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No. 2.)

WITNESSES:

From the Canadian Federation of Nurses Unions:

Ms Kathleen Connors, President.

From the Canadian Health Coalition:

Dr. Arnold Relman, Professor emeritus of Medicine and of Social Medicine, Harvard Medical School; Former Editor-in-Chief of *The New England Journal of Medicine*;

Mr. Michael McBane, National Coordinator.

From the Federal Superannuates National Association:

Mr. Rex G. Guy, National President:

Mr. Roger Heath, Research and Communications Officer.

The Deputy Chair made a statement.

Ms Connors made a statement. Mr. McBane made a statement. Dr. Relman made a statement. The witnesses answered questions.

The Deputy Chair made a statement.

Mr. Guy made a statement. The witnesses answered questions.

At 1:26 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, le jeudi 21 février 2002 (56)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 09, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Marjory LeBreton (*vice-présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Fairbairn, Keon, Morin, LeBreton, Léger et Roche. (8)

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit l'étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada (voir le texte complet de l'ordre de renvoi dans le fascicule n° 2 des délibérations du comité).

TÉMOINS:

De la Fédération canadienne des syndicats des infirmières et infirmiers:

Kathleen Connors, présidente.

De la Coalition canadienne de la santé:

Le docteur Arnold Relman, professeur émérite de médecine et de médicine sociale, Harvard Medical School; ancien rédacteur en chef du New England Journal of Medicine;

Michael McBane, coordonnateur national.

De l'Association nationale des retraités fédéraux:

Rex G. Guy, président national;

Roger Heath, agent de recherche et de communications.

La vice-présidente fait une déclaration.

Mme Connors fait une déclaration. M. McBane fait une déclaration. Le docteur Relman fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

La vice-présidente fait une déclaration.

M. Guy fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 13 h 26, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La grejfière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, February 21, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:09 a.m. to examine the state of the health care system in Canada

Senator Marjory LeBreton (Deputy Chairman) in the Chair.

[English]

The Deputy Chairman: Senators, this morning we have two panels of witnesses to continue on our study of the health care system in Canada. We have representatives from the Canadian Federation of Nurses Union and The Canadian Health Coalition.

Ms Kathleen Connors, President, Canadian Federation of Nurses Union: When I was here in May, we had a rather lively discussion on health human resource issues. I asked that nurses be invited back to provide a broader perspective on important issues that relate to health care.

More than any other tangible thing, whether it is in the public or the private sector, Canada's system of medicare is an expression of Canadian's values. Our public health care system expresses for Canadians their highest personal and community values: caring for themselves, their own bodies, caring for their children, their partners and their elderly parents. Our health care system represents caring for individuals and families in villages, towns and cities across Canada.

To the hard-headed captains of industry and to all those analysts and policy jockeys in government who identify with them these sentiments may make us sound like boy scouts. To them, the need for health care is an opportunity to be exploited, and anyone who does not is soft-headed and a fool. Their narrow self-interest may work in the marketplace, but fails as a form of public policy. As these industry captains pass from their post to retirement and into history, their pages are blank; their companies are gobbled up, and the workforces for which they displayed little loyalty are often scattered. Those in government that carried their water do not even make the footnotes. Their advice leads to historical obscurity.

Tommy Douglas, John Diefenbaker and Lester Pearson left a legacy no Bay Street mogul can rival. Today, their gift heals the sick and gives help and hope to the afflicted without charge and without prejudice.

Health care in Canada is synonymous with collective caring. It is not a privilege conferred by accident of birth or by success in the marketplace. Health care for everyone, without charge,

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 21 février 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie s'est réuni aujourd'hui à 11 h 09 pour étudier l'état situation du système de soins de santé au Canada

Le sénateur Marjory LeBreton (vice-présidente) assume la présidence.

[Traduction]

La vice-présidente: Mesdames et messieurs, ce matin nous entendrons deux groupes de témoins dans le cadre de notre étude du système de soins de santé du Canada. Il s'agit de représentants de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers et de la Coalition canadienne de la santé.

Mme Kathleen Connors, présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers: Lors de ma dernière visite, en mai dernier, nous avions eu une discussion assez vive sur la question des ressources humaines en santé. J'avais alors demandé que l'on réinvite les infirmières afin qu'elles puissent venir tracer un portrait plus large des enjeux importants qui se dessinent dans le domaine des soins de santé.

Le régime d'assurance-santé du Canada exprime mieux que toute autre chose, que ce soit dans le secteur public ou privé, les valeurs canadiennes. En effet, notre régime public d'assurance-soins médicaux traduit les valeurs qui importent le plus pour les Canadiens, tant sur le plan personnel que communautaire: prendre soin d'eux-mêmes, de leurs enfants, de leurs partenaires et de leurs parents âgés. Notre système de soins de santé est le moyen que nous avons privilégié pour prendre soin des personnes et des familles dans les villages, les petites et les grandes villes de tout le Canada.

Peut-être que, pour les chefs d'entreprise aguerris et les analystes et arrivistes politiques de tous crins qui s'identifient à eux, ces sentiments nous font paraître bien naïfs. Pour ces gens, les besoins en matière de soins de santé sont vus comme une occasion favorable à exploiter, et quiconque ne voit pas les choses du même oeil est un faible d'esprit doublé d'un imbécile. Leur étroitesse d'esprit les sert peut-être bien dans le monde des affaires, mais n'a pas sa place en tant que forme de politique gouvernementale. Lorsque ces capitaines d'industrie cèdent enfin la place pour prendre leur retraite, ils ne laissent rien derrière eux; leurs sociétés sont englouties et la main-d'oeuvre pour laquelle ils ne manifestaient que peu de loyauté se retrouve souvent dispersée. Leurs supporteurs dans les officines publiques ne laisseront pas de traces de leur passage. Leurs conseils viendront nourrir l'obscurité de l'histoire.

Tommy Douglas, John Diefenbaker et Lester Pearson ont laissé une succession avec laquelle aucun grand financier de Bay Street ne pourra jamais rivaliser. Aujourd'hui, leur héritage sert à donner des soins aux malades et à redonner l'espoir aux affligés, gratuitement et sans discrimination.

Au Canada, les soins de santé sont synonymes de notre responsabilité collective. Ils ne sont pas un privilège conféré avec la naissance ou résultant du succès dans les affaires. Le régime de

without prejudice, speaks volumes about this country's commitment to its people and to the quality of our democracy. It also speaks about the quality of our leaders and their leadership at the time when this gift was created, recreated, and revitalized.

Our health care system is the visible hand of our nation extended in caring to everyone who is Canadian. We elect the government, and we fund it. Our government provides no-fee, universal, publicly administered health care. Why? The answer is because we are Canadian.

In the 1980s and 1990s, Chrysler chairperson Lee Iacocca railed against the cost of private health care to business, in the United States. "It costs Chrysler more than steel," he said. He also remarked that Chrysler had no such burden in Canada.

We believe that major corporations in Canada, with the exception of those in the health care field, are behaving irresponsibly towards medicare. No, this is no do-gooder objection. It is obvious that these companies are being irresponsible to their own shareholders.

There has been no corporate lobby campaign to protect what, in effect, saves corporations in Canada billions of dollars per year. If medicare is privatized over the next decade, who will pick up the cost of providing health care to the employees of big business in this country?

Do the captains of industry actually believe that they will avoid shelling out hundreds if not thousands of dollars in health care benefits per employee? High-tech companies will not get away with it either. They will need to offer competitive health care packages in order to attract and retain employees.

If medicare is privatized in whole or in part, how much will these new costs cut into the productivity of business? How will it affect our economy? If medicare is privatized, the costs will not likely be reduced for government either.

That is why we believe that stockholders should be asking these questions while they quote Mr. Iaococca at their annual meetings. Tax lawyers and accountants will get rich on the cutback or elimination of medicare, but once the public and the private bills are totalled, the costs for health care will not shrink, they will grow.

In a report done for the Kaiser Family Foundation in June of last year, Georgetown University's Institute for Health Care Research and Policy found that:

soins de santé universel, sans frais et sans discrimination traduit bien l'engagement pris par ce pays envers sa population et la qualité de notre démocratie. Ce régime parle également de la qualité de nos chefs et de leur leadership aux diverses époques où ce cadeau a été a été créé, recréé et revitalisé pour notre plus grand bien.

Notre régime de soins de santé est la main tendue par notre nation vers tous les Canadiens qui souffrent. Nous élisons le gouvernement, et nous finançons le régime. Notre gouvernement administre un régime de soins de santé universel et gratuit. Pourquoi? La réponse est simple: parce que nous sommes Canadiens.

Dans les années 80 et 90, le président de Chrysler, Lee Iacocca, lançait des anathèmes contre les coûts que les entreprises devaient assumer pour les soins de santé privés aux États-Unis. Il disait que ces soins de santé revenaient plus cher à Chrysler que l'acier. Il faisait aussi remarquer que Chrysler n'avait pas à assumer ce fardeau au Canada.

Nous sommes d'avis qu'au Canada, les grandes sociétés, à l'exception de celles qui oeuvrent dans le domaine des soins de santé, ont une attitude irresponsable à l'égard du régime d'assurance-soins médicaux. Non, il ne s'agit pas d'une objection de bien-pensant. Il est évident que ces sociétés se montrent irresponsables envers leurs propres actionnaires.

Les entreprises n'ont orchestré aucune campagne en vue de faire pression pour protéger ce qui, en réalité, permet aux sociétés qui exercent leurs activités au Canada d'économiser des milliards de dollars chaque année. Si le régime d'assurance-santé est privatisé au cours de la prochaine décennie, qui ramassera la facture pour les coûts inhérents à la prestation de soins de santé aux employés de ces grandes entreprises dans ce pays?

Est-ce que ces chefs d'entreprises croient vraiment qu'ils pourront éviter de payer des centaines sinon des milliers de dollars en prestations pour soins de santé pour chaque employé? Les entreprises de haute technologie n'y couperont pas elles non plus. Elles devront pouvoir offrir des régimes de soins de santé concurrentiels si elles veulent attirer et retenir leurs employés.

Si le régime d'assurance-santé est privatisé, complètement ou en partie, dans quelle mesure ces nouveaux coûts viendront-ils ouvrir une brèche dans la productivité de l'entreprise? Quelle sera l'incidence sur notre économie? Si le régime public d'assurance-santé est privatisé, il est peu vraisemblable qu'il en coûtera moins cher pour le gouvernement non plus.

Voilà la raison pour laquelle nous pensons que les actionnaires devraient poser ces questions lorsque l'on cite M. Iaococca lors des assemblées annuelles. Les fiscalistes et les comptables s'enrichiront sur le dos de la réduction ou de l'élimination du régime de soins médicaux, mais une fois que l'on aura établi le total des coûts pour le secteur public et privé, les coûts des soins de santé, loin de s'amenuiser, risquent plutôt de monter en flèche.

Dans un rapport établi pour la Kaiser Family Foundation, en juin dernier, l'Institute for Health Care Research and Policy de la Georgetown University est arrivé à la conclusion que:

the individual health insurance market is: unpredictable, inconsistent and expensive.

How expensive? A completely healthy insurance applicant would be charged on average about \$3,000 a year.

Ms Chairman and members of the committee, is this our future with the private health care option? If it is, then I think the committee is obliged to warn the people of Canada about the possibility of huge private medical bills.

Let us protect, improve and expand medicare. What nurses want is really quite simple. We believe that the evidence shows that a single payer, publicly delivered, not-for-profit health care system is fairest and most efficient system of all. Our advice to you is, follow the evidence.

Nurses, therefore, are recommending a number of solutions to sustain medicare and to stop privatization of health care in Canada. We recommend that you fully restore public health care spending on public health care and spend the money accountably. Governments should attach strings to any money provided to the provinces from the federal government. Certainly our top priority should be to hire health care professionals and other peoples in adequate numbers to do the job properly. We recommend that medicare be expanded to include home care, long-term care, and pharmacare. We do not want any more Mike-Harris-meets-Chicken-Little talk. Public spending on public health care as a percentage of our GDP of our economy is not even up, let alone spiraling out of control. We must re-establish the national standards that honour the principles of the Canada Health Act.

Canadians fought to make our country healthier through medicare and through other social, environmental and government-initiated programs. Now we need to restore and improve those programs. The founders of medicare merit the tribute, and our parents and our children deserve no less.

Mr. Michael McBane, National Coordinator, Canadian Health Coalition: We welcome this opportunity to comment on the policy options developed by your committee in volume four of the interim report "Issues and Options."

The Canadian Health Coalition is a not-for-profit public advocacy organization founded in 1979 at the SOS Medicare Conference attended by Tommy Douglas, Justice Emmett Hall and Monique Bégin. Membership consists of churches, seniors, students, nurses, anti-poverty and labour organizations. Our

le marché des assurances-maladie individuelles est imprévisible, incohérent et onéreux.

Dans quelle mesure est-il onéreux? Un proposant à l'assurancemaladie en parfaite santé devrait payer en moyenne près de 3 000 \$ par année.

Madame la présidente, mesdames et messieurs, est-ce l'avenir que nous réserve l'option que représente l'assurance-santé privée? Si c'est le cas, je pense que le comité a le devoir d'avertir la population du Canada de la possibilité qu'elle doive acquitter une énorme facture pour les soins médicaux privés.

Protégeons plutôt notre régime public d'assurance-santé, améliorons-le et élargissons-le. Ce que veulent les infirmières et les infirmiers est en vérité très simple. À notre avis, les faits montrent qu'un régime de soins de santé public, sans but lucratif et à payeur unique est le système le plus juste et le plus efficace. Nous n'avons qu'un conseil à vous donner: regardez les faits.

Par conséquent, les infirmières et infirmiers recommandent un certain nombre de solutions visant à renforcer le régime d'assurance-maladie et à freiner la privatisation des soins de santé au Canada. Nous recommandons que les dépenses publiques en soins de santé soient entièrement rétablies et que ces sommes soient dépensées avec l'obligation de rendre compte. Les administrations devraient exiger que les sommes que le gouvernement fédéral verse aux provinces soient assorties de l'obligation de rendre compte de leur utilisation. De toute évidence, la première priorité devrait être d'engager des professionnels de la santé et d'autres personnes en nombre suffisant pour que le travail soit effectué convenablement. Nous recommandons que le régime d'assurance-santé soit élargi de manière à inclure les soins à domicile, les soins de longue durée et l'assurance-médicaments. Nous ne voulons plus entendre ces discours alarmistes à la Mike Harris. Les dépenses publiques en matière de soins de santé publics, en tant que pourcentage du PIB de notre économie, ne sont même pas à la hausse, et sont loin de suivre une spirale ascendante incontrôlable. Nous devons rétablir les normes nationales qui découlent des principes de la Loi canadienne sur la santé.

Les Canadiens se sont battus pour que notre pays soit en meilleure santé par l'entremise du régime de soins de santé public ainsi que d'autres programmes sociaux et environnementaux parrainés par le gouvernement. Les fondateurs du régime public de soins de santé méritent qu'on leur rende hommage, et nos parents et nos enfants sont en droit de s'attendre à rien de moins.

M. Michael McBane, coordonnateur national, Coalition canadienne de la santé: Nous sommes heureux d'avoir la possibilité de nous exprimer sur les recommandations faites par votre comité dans le volume quatre de votre rapport intérimaire intitulé «Questions et options».

La Coalition canadienne de la santé est une organisation de défense sans but lucratif fondée en 1979 lors de la conférence SOS Medicare à laquelle avaient participé Tommy Douglas, le juge Emmett Hall et Monique Bégin. La coalition regroupe des églises, des aînés, des étudiants, des organisations de lutte contre la

mission is to defend and improve Canada's public health care system.

We have found that the "Issues and Options" report presented unbalanced options that are not evidence-based and that favour a greater involvement of for-profit health care. We address the issue of for-profit delivery of health care by examining the nursing home industry as an example.

We found that for-profit health care is of inferior quality and more expensive.

We believe that the moral foundation of medicare is the principle that health care is a public good, not a private commodity and we stand by the issues raised in our submission.

Today we want to focus on the U.S. experience with for-profit health care. We are honoured to have the distinguished Dr. Arnold Relman with us today. Dr. Relman has studied the results of for-profit health care for over 20 years and has published over 300 articles in scientific journals.

Dr. Relman's writings have addressed various issues including: fraud in science, conflict of interest, and the impact of the profit motive on the medical profession.

Dr. Relman's message to this committee is simple: More forprofit health care will not solve Canada's problems; they will make them worse.

Dr. Arnold Relman, Professor Emeritus of Medicine and of Social Medicine, Harvard Medical School; Former Editor-in-Chief of The New England Journal of Medicine; Canadian Health Coalition: I have been asked by the Canadian Health Coalition to appear before you today to testify about the U.S. experience with private, for-profit health care.

I have been studying and writing about this subject for over two decades. In 1985-86 I served on a committee established by the National Academy of Sciences to report on for-profit enterprise in health care. During my editorship and afterwards, *The New England Journal of Medicine* published many articles in this field and, since I retired from that post, my own writings have continued to focus on this topic. I am now at work on a book that surveys the present unhappy condition of the U.S. health care system, with particular attention to the role of private enterprise.

My conclusion from all of this study is that most, not all of the current problems of the U.S. health care system, and they are numerous, result from the growing encroachment of private for-

pauvreté et des organisations syndicales. Notre mission consiste à prendre la défense du système public de soins de santé du Canada et à l'améliorer.

Nous avons pris connaissance du rapport intitulé «Questions et options» et avons été forcés de constater que les options qu'il présente ne jouissent pas toutes de la même impartialité, qu'elles ne reposent pas sur des faits concrets et qu'elles semblent privilégier une participation accrue du secteur des soins de santé à but lucratif. Nous avons l'intention d'aborder la question de la prestation des soins de santé par des organisations à but lucratif sous l'angle de l'industrie des maisons de soins.

Nous avons trouvé que les soins dispensés dans les établissements à but lucratif étaient de qualité inférieure et plus chers.

Par ailleurs, nous pensons que le fondement moral de l'assurance-santé repose sur le principe que les soins de santé sont un bien public, et non une marchandise, et nous réitérons notre position en ce qui concerne les questions soulevées dans notre mémoire.

Aujourd'hui, nous désirons nous concentrer sur l'expérience que vivent les États-Unis avec les services de santé à but lucratif. Nous avons l'honneur d'être accompagnés aujourd'hui de l'éminent Dr Arnold Relman. Le Dr Relman étudie les résultats obtenus par les services de santé à but lucratif depuis plus de 20 ans, et il a publié plus de 300 articles dans des revues scientifiques.

Les écrits du Dr Relman portent sur diverses questions, y compris la fraude scientifique, les conflits d'intérêt et l'incidence du souci de la rentabilité sur la profession médicale.

Le message adressé par le Dr Relman à ce comité est simple: la création d'un plus grand nombre de services de santé à but lucratif ne réglera pas le problème; elle ne fera qu'empirer les choses.

Dr Arnold Relman, professeur émérite de médecine et de médecine sociale, Harvard Medical School; ancien rédacteur en chef du New England Journal of Medicine; Coalition canadienne de la santé: La Coalition canadienne de la santé m'a demandé de me présenter devant vous aujourd'hui afin d'apporter mon témoignage concernant l'expérience des États-Unis avec les services de santé privés à but lucratif.

Je me penche sur cette question depuis plus de vingt ans et j'ai écrit passablement sur le sujet. En 1985-1986, j'ai siégé à un comité mis sur pied par la National Academy of Sciences en vue de produire un rapport sur les entreprises à but lucratif oeuvrant dans les services de santé. Durant mon affectation à titre de rédacteur en chef et par la suite, *The New England Journal of Medicine* a publié de nombreux articles sur le sujet et, depuis que j'ai quitté ce poste, je continue d'écrire sur le sujet. Je travaille actuellement à la rédaction d'un livre qui décrit la situation malheureuse dans laquelle se trouve actuellement le système de soins de santé des États-Unis, en accordant une attention particulière au rôle joué par l'entreprise privée.

J'en suis arrivé à la conclusion que la plupart, sinon la totalité, des problèmes que connaît actuellement le système de soins de santé des États-Unis, et ils sont nombreux, résultent de profit ownership and competitive markets on a sector of our national life that properly belongs in the public domain. It is no coincidence that no health care system in the industrialized world is as heavily commercialized as ours, and none is as expensive, inefficient, inequitable, or as unpopular. Indeed, just about the only people happy with our current market-driven health care system in the U.S. are the owners and investors in the for-profit industries now living off the system.

The U.S. may be a world leader in medical science and technology and its major medical centres may provide some of the best and most sophisticated care available anywhere, but taken as a whole, our health care system is failing and will need major reform very soon.

We have tried private for-profit markets in a big way, "big time," as our vice-president would say. We have tried for-profit hospitals, ambulatory care facilities and services, nursing homes, and recently, in the ownership of insurance plans. The experiment has failed. Private health care businesses have not achieved the benefits for society touted by their advocates.

There is now evidence indicating that private businesses delivering health care for profit in the United States have greatly increased the total cost of health care and have damaged the non-profit institutions that any health care system requires.

Any good modern health care system requires an enormous infrastructure that includes education, technology and public services. The system cannot survive without this infrastructure. The U.S. for-profit health care system contributes to none of that. It exploits it, and it has made the problems of the non-profit part of our health care system much worse.

The U.S. experience enables students of health care policy to compare the costs and quality of non-profit and for-profit facilities as well as the comparative performance of public and private insurance systems. The results are very instructive. For-profit hospitals were much more expensive than comparable non-profit hospitals when public and private insurers simply reimbursed charges. Those were in the good old days before the cost explosion. That cost difference began to disappear when the payers, government and private insurers, began to negotiate fixed prices, but there never has been any evidence that for-profit hospitals could provide similar services at lower prices than their non-profit counterparts. There is simply no evidence.

l'empiétement croissant des entreprises privées à but lucratif et des marchés concurrentiels sur un secteur de notre vie nationale qui est à juste titre du domaine public. Ce n'est pas une coïncidence si aucun autre système de soins de santé dans le monde industrialisé n'est autant commercialisé que le nôtre, et si aucun n'est aussi onéreux, inefficace, inéquitable ou impopulaire. À dire vrai, les seules personnes qui sont satisfaites aux États-Unis de notre système actuel de soins de santé soumis aux lois du marché sont les propriétaires et les investisseurs des industries à but lucratif qui vivent des produits du système.

Les États-Unis sont peut-être un chef de file mondial en matière de science et de technologie médicale, et leurs grands centres médicaux fournissent sans doute des soins qui comptent parmi les meilleurs et les plus sophistiqués qui puissent exister partout ailleurs, mais il reste que si on le considère dans son ensemble, notre système de soins de santé est en difficulté et devra très bientôt faire l'objet d'une réforme d'envergure.

Nous avons essayé les services privés à but lucratif avec enthousiasme, comme le dirait notre vice-président. Nous avons en effet essayé les hôpitaux, les centres de soins et de services ambulatoires et les maisons de soins à but lucratif, et plus récemment, nous avons fait l'essai des régimes d'assurance. L'expérience a été un échec. Les entreprises du secteur privé offrant des services de santé n'ont pas réussi à offrir à la société les avantages que leurs défenseurs avaient tant fait valoir.

On dispose maintenant de preuves comme quoi la prestation par le secteur privé de services de santé à but lucratif aux États-Unis a grandement contribué à accroître le coût total des soins de santé et a fait du tort aux institutions sans but lucratif dont tout système de soins de santé a besoin.

N'importe quel bon système moderne de soins de santé doit pouvoir compter sur une énorme infrastructure qui comprend notamment l'éducation, la technologie et les services publics. Le système est incapable de survivre sans cette infrastructure. Or, le système de soins de santé à but lucratif des États-Unis ne participe d'aucune manière à cette infrastructure. Il l'exploite, et il a contribué à aggraver sérieusement les problèmes dont souffrait notre système de soins de santé.

L'expérience des États-Unis donne aux étudiants qui s'intéressent à la politique en matière de soins de santé l'occasion de comparer les coûts et la qualité des établissements sans but lucratif et à but lucratif, ainsi que le rendement comparatif des régimes d'assurance des secteurs public et privé. Les résultats de cette étude sont très instructifs. Les hôpitaux à but lucratif se sont révélés beaucoup plus chers que les hôpitaux sans but lucratif lorsqu'il était simplement question du remboursement des frais par les assureurs publics et privés. Cette situation prévalait à l'époque bénie où les coûts n'avaient pas encore explosé. Cet écart entre les coûts a commencé à disparaître lorsque les payeurs, le gouvernement et les assureurs privés ont commencé à négocier des prix fixes, mais on n'a jamais prouvé que les hôpitaux à but lucratif pouvaient offrir des services similaires à un prix inférieur que leurs contreparties sans but lucratif. Il n'existe tout simplement pas de preuve de cela.

A recent study of regional Medicare per capita expenditures for the elderly for health services including hospital care found that they were much higher in regions that have been served exclusively by for-profit hospitals than in regions where there were no for-profit hospitals. The data are unequivocal.

Turning to comparisons of quality of care, there is no good evidence about the relative quality of general hospital services per se in similar types of for-profit and non-profit facilities, because such studies are difficult to do with any scientific validity. However, quality is easy to measure in nursing homes and kidney dialysis centres. They are largely paid through fixed, negotiated prices by public insurance; price is held constant. Their products and what they are expected to do are delimited and defined. Studies of the objective measures of quality in these services show that public and private non-profit nursing and dialysis facilities provide significantly better and safer care to patients than their for-profit counterparts.

In other words, this shows that when you fix the price and focus on a specific service, non-profits clearly outperform for-profit facilities. Some of the differences that have been documented are scary and dangerous in terms of patient care safety.

Let us look at comparisons of insurance systems. A little over a decade ago when the price explosion in the American health care system drove employers to insist on some other form of private insurance, investor-owned businesses took over the private insurance field. Now they provide coverage to more than one-half of our people, mainly through employment benefits.

One-third of our population is covered by Medicare and Medicaid, both which are largely financed by government. Comparisons of these two systems, the one private and mostly for-profit and the other public, are very instructive.

The Medicare system has administrative costs of less than three per cent, with all the remainder of Medicare expenditures going to pay physicians, hospitals and other providers to take care of patients. The private insurers, on the other hand, have corporate and administrative costs to start out with of 15 per cent to 30 per cent. This figure is not debated. In addition, they have to spend a lot to outsource many other services.

As a result, it can be estimated that only 50 per cent to 60 per cent of the premium dollar paid for private insurance remains to pay for the care of patients by the providers. Then, the providers themselves must pay extra

Une étude récente de l'assurance-santé régionale sur les dépenses par habitant pour des services de santé destinés aux personnes âgées, y compris les soins hospitaliers, a conclu que ces dépenses étaient beaucoup plus élevées dans les régions où la population avait été desservie exclusivement par des hôpitaux à but lucratif que dans les régions où il n'y avait pas d'hôpitaux à but lucratif. Ces données parlent d'elles-mêmes.

Maintenant, si nous voulons comparer la qualité des soins, il n'existe aucune preuve concluante concernant la qualité relative des services proprement dits d'un hôpital général dans des établissements similaires soit à but lucratif soit sans but lucratif. parce qu'il est difficile de garantir une quelconque validité scientifique à des études de ce genre. Il est cependant facile d'évaluer la qualité dans les maisons de soins et les centres de dialyse rénale. Ces soins sont en effet rémunérés dans une large mesure à prix fixes négociés avec le régime d'assurance public; le prix est maintenu à un niveau constant. Leurs produits et ce qu'ils sont censés faire sont délimités et clairement définis. Les études réalisées sur les mesures objectives de la qualité dans ces services montrent que les établissements publics et privés sans but lucratif de soins infirmiers et de dialyse fournissent des soins de meilleure qualité et sont beaucoup plus sûrs pour les patients que ceux offerts par leurs contreparties à but lucratif.

Autrement dit, cet exemple montre que lorsque vous fixez le prix et que vous vous concentrez sur un service précis, les établissements sans but lucratif affichent un meilleur rendement que ceux à but lucratif. Certaines des différences ayant été notées sont assez inquiétantes et dangereuses pour la sécurité des patients y recevant des soins.

Comparons maintenant les régimes d'assurance. Il y a un peu plus de dix ans, lorsque l'explosion des prix dans le système des soins de santé américain a conduit les employeurs à insister pour qu'il y ait une autre forme quelconque d'assurance, des entreprises appartenant à des investisseurs ont pris la relève dans le domaine de l'assurance privée. Maintenant, ils sont responsables de la protection d'assurance de plus de la moitié de la population, principalement au moyen de prestations d'emploi.

Un tiers de notre population est protégé par les régimes Medicare et Medicaid, qui sont tous les deux largement financés par le gouvernement. La comparaison de ces deux systèmes, l'un privé et presque entièrement à but lucratif, et l'autre public, est très révélatrice.

Les coûts administratifs du système Medicare sont de moins de 3 p. 100, et tout le reste des dépenses du régime sert à payer les médecins, les hôpitaux et autres fournisseurs qui prennent soin des patients. Les assureurs privés, quant à eux, ont en partant des frais administratifs et d'entreprise qui se situent entre 15 et 30 p. 100. Ces chiffres ne sont pas contestés. En outre, ils doivent consacrer des sommes importantes à l'impartition de nombreux autres services.

Par conséquent, on peut estimer que seulement 50 à 60 p. 100 des dollars versés en prime pour l'assurance privée servent à payer pour les soins des patients assurés par les fournisseurs. Ensuite, les fournisseurs doivent eux-mêmes payer des frais administratifs

administrative costs to deal with the complex regulations that have developed over the years because multiple different competing private insurers impose their regulations on the system.

The irony is that while at first the private insurers were able to hold down premium prices by drastically cutting utilization, they have now run out of cost-cutting options and are meeting increasing resistance from providers and the public. After that, the private payers had to come to face the fact that our system with its technology, high utilization of resources, expensive drugs, new tests, many more doctors and specialists has relentlessly increased the costs of health care.

Now the premium prices of private-for-profit insurers have again begun to increase at double-digit rates. In the United States, some of the biggest private insurance companies say they cannot survive with less than a 10 per cent increase, and in some instances a 20 per cent annual increase in the insurance rate. This is much more rapid than the rate at which the costs of Medicare and Medicaid are increasing.

A remarkable demonstration of the failure of the commercial, private HMO-based insurance system was seen a few years ago when, in an effort to save costs, senior citizens previously covered by Medicare were encouraged by the government to obtain their care through private, for-profit HMO insurance plans that would be paid for by the government. It soon became obvious that the costs of care under the private system were higher, not lower, and that senior citizens were increasingly dissatisfied with the care they received.

Bear in mind that studies of the satisfaction of patients with different systems have to compare sick people with sick people, not well people with sick people. When you ask the sick elders who had to be hospitalized or who had major illnesses whether they liked the for-profit HMO system that the government was buying for them, they said, "no." There was a wholesale exit of senior citizens from the private system. They were voting with their feet for the public system.

In short, the U.S. experience has shown that private markets and commercial competition have made things worse, not better, for our health care system. That might have been predicted because health care is clearly a public concern, and it is a personal right of all citizens. By its very nature, it is fundamentally different from most other goods and services distributed in commercial markets.

I believe in the capitalist system. I believe that free markets are a marvellous mechanism for most commercial goods and services to be distributed according to consumer wants and consumer willingness to pay. It is a good system for the most part, but additionnels afin de tenir compte des réglementations complexes qui se sont développées avec les années en raison du nombre d'assureurs privés différents qui se font concurrence sur le marché pour imposer leurs propres règles au système.

L'ironie de cette situation est qu'au début les assureurs privés furent capables de contenir les prix des primes en opérant des coupures radicales dans l'utilisation, aujourd'hui ils ont épuisé les possibilités de réduire les coûts et font face à une résistance de plus en plus forte de la part des fournisseurs et du public. Plus tard, les payeurs privés ont dû affronter le fait que notre système, avec sa technologie, l'utilisation importante des ressources, les médicaments coûteux, les nouvelles épreuves, un nombre accru de médecins et de spécialistes, a inlassablement fait grimper les coûts des soins de santé.

De nos jours, les prix des primes pour les assureurs privés à but lucratif recommencent à afficher des augmentations à deux chiffres. Aux États-Unis, certaines des plus importantes compagnies d'assurance privée ont déclaré qu'elles ne pourraient survivre sans une augmentation annuelle d'au moins 10 p. 100, et dans certains cas de 20 p. 100, de leur taux d'assurance. Il s'agit là d'une augmentation beaucoup plus rapide que celle avec laquelle les coûts de Medicare et de Medicaid augmentent.

On a pu voir il y a quelques années une démonstration remarquable de l'échec du régime d'assurance privée fondé sur les OSSI (organismes de soins de santé intégrés) lorsque, dans un effort pour réduire les coûts, des personnes âgées qui étaient auparavant assurées par Medicare furent encouragées par le gouvernement à obtenir leurs soins par l'entremise d'un régime d'assurance privée à but lucratif fondé sur les OSSI qui serait payé par le gouvernement. Il est vite devenu évident que les coûts des soins assurés par le système privé étaient supérieurs, et non moindres, et que les aînés étaient de plus en plus insatisfaits des soins qu'ils recevaient.

Il faut se rappeler que les études réalisées sur la satisfaction des patients par rapport aux différents systèmes doivent comparer des malades avec d'autres malades, et non des gens en bonne santé avec des malades. Lorsqu'on a demandé aux personnes âgées malades qui ont dû être hospitalisées ou qui ont eu des maladies graves si elles aimaient le système à but lucratif fondé sur les OSSI que le gouvernement achetait pour eux, elles ont répondu: non. Les personnes âgées ont réagi en quittant massivement le régime privé pour le système public.

En résumé, l'expérience des États-Unis montre que les marchés privés et la concurrence commerciale n'ont fait qu'empirer les choses, pour notre système de soins de santé. On aurait peut-être pu prévoir les conséquences parce que les soins de santé sont de toute évidence une préoccupation du public, et ils sont un droit personnel de tous les citoyens. De par leur nature, ces soins sont fondamentalement différents de tous les autres biens et services commercialisables.

Je crois dans le système capitaliste. Je suis persuadé que les marchés libres sont un mécanisme merveilleux qui permet de distribuer la plupart des biens et services commerciaux suivant les désirs du consommateur et sa capacité de payer. C'est un bon markets are simply not designed to deal effectively with the delivery of medical care, which is a social function that needs to be addressed in the public sector.

We in the United States are belatedly learning this lesson, and soon, I believe, we may be ready to try other options that will depend more on public action. Many Americans have always believed that Canadians had the right idea in deciding that the financing of health care is primarily a public responsibility. We still think you are right, and that we ought to emulate you, rather than vice versa. I am surprised and disappointed by your committee's interim report, which seems to be favouring policy options that increase private market involvement in Canadian health care.

Before you make your final recommendations, I earnestly and respectfully beseech you to look more closely at the U.S. experience. It should convince any evidence-driven observer that private markets are unable do the job. They make health care more expensive and worse.

To make a publicly financed system work effectively, I believe that both our countries need to begin reforming the medical care delivery system. That is where we ought to be looking for ways to optimize our use of resources to improve the quality of our health care. I believe that is the great new frontier for improving the efficiency, effectiveness and quality of health care. The delivery system must be improved.

There has been a great deal of discussion in both countries it might be changed. One suggestion is that the delivery system ought to be splintered into many different, highly specialized facilities. I believe that to be an unsound option. A much better approach would be to reorganize how physicians work together.

Canada and the U. S. currently depend largely on independent, solo medical practitioners to provide ambulatory and hospital services on a fee-for-service basis. We should begin to encourage physicians and other health care professionals to organize themselves into self-governing, multi-specialty and multi-disciplinary teams to deliver comprehensive care at prepaid, capitated rates in a not-for-profit delivery system.

I have taught medicine for over 50 years and I have spent an enormous amount of time training practitioners. I am convinced that physicians provide the best care when they work in teams, not as competitors. Furthermore, to foster cooperation and discourage over-service, they should be paid primarily for their time and not on a piece-work basis. That would certainly reduce billing fraud and all the resources wasted on the processing of claims. Fraud, I might say parenthetically, has been a huge problem in the United States, particularly with medicare billing

système dans l'ensemble, mais les marchés ne sont tout simplement pas conçus pour assurer efficacement la prestation des soins médicaux, puisque ces soins sont une fonction sociale qui doit être assumée par le secteur public.

Ici aux États-Unis nous sommes en train d'apprendre cette leçon, et bientôt, je pense, nous serons prêts à faire l'essai d'autres options qui feront davantage appel à l'intervention du secteur public. Bon nombre d'Américains ont toujours pensé que les Canadiens avaient eu raison lorsqu'ils ont décidé que le financement des soins de santé était principalement une responsabilité du secteur public. Nous pensons encore que vous avez raison, et que nous devrions vous imiter, plutôt que l'inverse. Je suis à la fois surpris et déçu par le rapport intérimaire de votre comité qui semble en faveur des options qui font appel à une participation accrue du secteur privé dans le domaine des soins de santé au Canada.

Avant que vous ne fassiez vos recommandations finales, je vous demande respectueusement de regarder de plus près l'expérience américaine. Elle devrait convaincre n'importe quel observateur qui s'appuie sur les faits que les marchés privés sont incapables de livrer la marchandise. Ils contribuent à faire en sorte que les soins de santé soient plus chers et de moins bonne qualité.

Pour que le système financé par le secteur public fonctionne efficacement, je pense que nos deux pays doivent commencer à réformer le système de prestation des soins médicaux. C'est là qu'il faut regarder pour trouver des moyens d'optimiser les ressources en vue d'améliorer la qualité de nos soins de santé. Je pense que c'est là que se trouve la nouvelle frontière qui nous permettra d'améliorer l'efficience, l'efficacité et la qualité des soins de santé. Le système de prestation doit être amélioré.

On a beaucoup discuté dans nos deux pays de ce changement. Certains ont suggéré que le système de prestation devrait être fractionné en de nombreux établissements différents très spécialisés. Je pense que c'est une option tout à fait illogique. À mon sens, il serait de beaucoup préférable de réorganiser la façon dont les médecins travaillent ensemble.

À l'heure actuelle, le Canada et les États-Unis comptent dans une large mesure sur les médecins indépendants travaillant de façon individuelle pour offrir des services ambulatoires et hospitaliers sur une base de rémunération à l'acte. Nous devrions encourager les médecins et les autres professionnels du secteur de la santé à s'organiser en équipes autogérées, multidisciplinaires et multi-spécialisées en vue d'offrir des soins complets à des taux payés d'avance et établis par capitation à l'intérieur d'un système de prestation des services sans but lucratif.

J'ai enseigné la médecine durant plus de 50 années, et j'ai consacré énormément de temps à former des praticiens. Je suis convaincu que les médecins donnent de meilleurs soins lorsqu'ils travaillent en équipe plutôt qu'en concurrence les uns avec les autres. Par ailleurs, afin d'encourager la coopération et de décourager le surtraitement, les médecins devraient être rémunérés en fonction du temps plutôt qu'à l'acte. Cette façon de faire contribuerait certainement à réduire les fraudes au niveau de la facturation et le gaspillage des ressources consacrées au

practices of the big for-profit hospital chains. If you want to hear a story about for-profit systems running rampant please ask about me.

I want to say just a word about consumer choice, which is being touted by believers in the magic of the market as a mechanism for controlling costs and improving the quality of services. There is much to be said for making more information available to people about their health care and enabling them to participate more in the decisions that they need to make.

However, it is a fundamental misconception to imagine that sick patients can or should behave like ordinary consumers involved in commercial transactions. Health care is totally different from the goods and services that are in most commercial markets. That is why you need a medical insurance system and that is why sick people need the professional and altruistic services of physicians and nurses.

I have spent years taking care of desperately ill patients in intensive care units in hospitals. I never saw one consumer; I only saw sick patients who desperately needed to know that they were receiving the best available care on an altruistic and professional basis from people who were interested in their welfare.

I suspect most Canadians understand why health care is special and why it needs to be insured by a public system like the one you now have. I would be surprised to know that they want the fundamental fairness of their medicare system to be changed by the introduction of market forces.

If there are any here in Canada who are tempted by that idea, which is totally spurious, they have only to look at what commercial markets have done to U.S. health care. It is not an example that any advanced, civilized nation would want to follow.

The Deputy Chairman: Thank you, Dr. Relman, for your compelling presentation.

Senator Morin: Dr. Relman has for many years been the editor of the leading medical journal in the world, *The New England Journal of Medicine*, which I still read in spite of the fact that I have been retired from clinical practice for many years. I started reading *The New England Journal of Medicine* when I was a junior intern. I quickly realized that if I left let my journals pile up, I would not read them. As a result, I adopted the practice of reading the journal the day it arrived.

I was telling Dr. Relman that in my years teaching we conducted a one-on-one evaluation with the junior interns and residents. I always completed my evaluation by saying, "I will give you one piece of advice I would like you to follow for the rest of

règlement des réclamations. Si vous me permettez d'ouvrir une parenthèse, les fraudes représentent un énorme problème aux États-Unis, particulièrement avec les méthodes de facturation au régime public de soins de santé dans les chaînes de grands hôpitaux à but lucratif. Si vous voulez entendre une histoire illustrant à quel point les systèmes à but lucratif sont déchaînés, il suffit de me le demander.

J'aimerais dire juste un mot au sujet du fameux choix du consommateur, qui est le fer de lance de ceux qui croient déjà que les lois du marché vont contrôler comme par enchantement les coûts et améliorer la qualité des services. Il y aurait beaucoup à dire au sujet des moyens à prendre pour informer davantage les gens au sujet de leurs soins de santé et pour leur permettre de participer plus activement aux décisions qu'ils devront prendre.

Toutefois, c'est une erreur fondamentale que de penser que des patients malades peuvent ou devraient se comporter comme des consommateurs ordinaires lors de transactions commerciales. Les soins de santé sont complètement différents des biens et services commercialisables. C'est la raison pour laquelle vous avez besoin d'un régime d'assurance médicale et c'est aussi pourquoi les gens ont besoin des services professionnels et altruistes des médecins et des infirmières.

J'ai consacré de nombreuses années de mon existence à prendre soin de patients désespérément malades dans les unités de soins intensifs d'hôpitaux. Je n'y ai jamais vu de consommateur, mais plutôt des gens malades qui ont désespérément besoin de savoir qu'ils reçoivent les meilleurs soins disponibles et que ces soins sont dispensés par des personnes altruistes et professionnelles qui se préoccupent de leur bien-être.

Je me doute bien que la plupart des Canadiens comprennent pourquoi les soins de santé sont si particuliers et pourquoi ils doivent être assurés par un régime public comme celui que vous avez. Je serais surpris d'apprendre qu'ils veuillent que la justice inhérente à leur système public de soins de santé soit changée par l'introduction des lois du marché.

Si certains Canadiens sont séduits par cette idée, qui est totalement erronée, ils n'ont qu'à jeter un coup d'oeil sur ce que les marchés commerciaux ont fait au système de soins de santé des États-Unis. C'est un exemple qu'aucune nation civilisée et évoluée ne voudrait suivre.

La vice-présidente: Merci, docteur Relman, pour votre exposé convaincant.

Le sénateur Morin: Le Dr Relman a été durant de nombreuses années rédacteur en chef de la principale revue médicale du monde, The New England Journal of Medicine, que je lis encore aujourd'hui malgré le fait que je ne pratique plus depuis de nombreuses années. J'ai commencé à lire The New England Journal of Medicine durant mon internat. J'ai vite réalisé que si je laissais les numéros s'empiler, je ne les lirais jamais. Aussi, j'ai pris l'habitude de lire la revue le jour même où elle arrivait.

Je disais au Dr Relman que durant mes années d'enseignement, nous avions une évaluation individuelle avec les internes et les résidents. Je complétais toujours mon évaluation en disant: «Je vais vous donner un conseil que vous devriez suivre pour le reste your life: Read *The New England Journal of Medicine* every week." This was in French Canada when many students were not fluent in English. That is to show you how important I think this journal has been. Dr. Relman, how many years were you editor?

Dr. Relman: Fourteen.

Senator Morin: Under his direction, the journal has flourished. I am sorry to say that since Dr. Relman left, the changes that have been made have not been for the better. That being said, you will appreciate how attentive I was to his brief.

I think there is a distinction to be made between multiple insured and single insured, whether they are public or private. If you have a large single insurer, there are many advantages, and one of the advantages of medicare is that we have one single insurer for the country. I believe there are many advantages to that, for example, for risks, as opposed to the dangers of having multiple insurers cutting up the market. There is no doubt about that.

I do not think the debate should be whether it is private or public. It is public and we should not change it. It is unique for 32 million Canadians and I think it is an advantage. I do not think we should debate that.

Where the debate is more difficult and ambiguous is on the matter of for-profit providers. It has always been a difficult subject. For many years we have had a large number of for-profit providers. Medical doctors are for-profit. When doctors practice in a group setting many of the clinics have profits at the end of the year. They are incorporated and pay income tax on the profit at the end of the year on earnings. That is quite normal. There are also dental clinics and imaging clinics. Some of them have major capital investment, they make a profit at the end of the year, and they pay income tax on the profit. That is perfectly legal.

There are also a small number of very specialized clinics that have been set up in Alberta and elsewhere which are still under the single public payer system. These clinics perform specialized procedures; for example, joint surgery. This is not contrary to the principles of the Canada Health Act.

In addition to that most OECD countries have private providers. France has an extensive network of private clinics that are not really in competition with the major teaching hospitals. The clinics provide care, for example, in obstetrics, but they are certainly not in competition with the major teaching hospitals. For two consecutive years, the World Health Organization has considered that France has the best health care delivery system in the world.

de vos jours: lisez *The New England Journal of Medicine* chaque semaine.» Je tiens à souligner que je vivais au Canada français et que bon nombre d'étudiants ne parlaient pas l'anglais couramment. Je voulais seulement vous montrer à quel point je pense que cette revue est importante. Docteur Relman, durant combien d'années en avez-vous été le rédacteur en chef?

Le Dr Relman: Durant quatorze ans.

Le sénateur Morin: Sous sa direction, la revue a connu un essor remarquable. Je suis désolé d'avoir à dire que, depuis le départ du Dr Relman, les changements qui ont été apportés n'ont pas amélioré les choses. Ceci étant dit, je voulais que vous sachiez à quel point j'ai écouté attentivement son exposé.

À mon avis, il convient de faire la distinction entre les régimes à assureur unique et ceux à assureurs multiples, qu'ils soient du secteur public ou privé. Si vous avez un seul assureur de grande envergure, les avantages sont nombreux, et l'un des avantages du régime public de soins de santé est qu'il y a un seul assureur pour tout le pays. Je pense qu'il y a de nombreux avantages à cela, par exemple, en ce qui concerne les risques, par opposition au danger inhérent au fait d'avoir un grand nombre d'assureurs qui viennent diviser le marché. Cela ne fait pas de doute.

Je ne pense pas que le débat doive tourner autour du fait que l'on doive opter pour le privé ou le public. Le régime est public et nous ne devrions rien y changer. Il est unique pour 32 millions de Canadiens, et à mon sens c'est un avantage. Cette question ne devrait pas faire l'objet d'un débat.

Mais les choses deviennent plus difficiles et ambiguës lorsqu'on aborde la question des fournisseurs à but lucratif. Ce sujet a toujours été délicat. Depuis des années, nous avons un grand nombre de fournisseurs à but lucratif. Les médecins ont un but lucratif. Lorsque les médecins exercent dans un cadre collectif, bon nombre de cliniques enregistrent des bénéfices à la fin de l'année. C'est tout à fait normal. Les cliniques de dentistes et de radiologie fonctionnent sur le même modèle. Certaines nécessitent un important investissement de capitaux, elles font des bénéfices à la fin de l'année et elles paient des impôts sur les gains de capital. C'est tout à fait légal.

Un petit nombre de cliniques très spécialisées ont été mises sur pied en Alberta et ailleurs qui relèvent toujours du système public à payeur unique. Ces cliniques effectuent des procédures spécialisées, par exemple la chirurgie des articulations. Cette façon de faire n'est pas contraire aux principes de la Loi canadienne sur la santé.

Par ailleurs, la plupart des pays de l'OCDE ont des fournisseurs privés. La France par exemple, possède un réseau très développé de cliniques privées qui ne sont pas réellement en concurrence avec les grands hôpitaux universitaires. Les cliniques offrent des soins, par exemple en obstétrique, mais elles ne sont certainement pas en concurrence avec les grands hôpitaux universitaires. Durant deux années consécutives, l'Organisation mondiale de la Santé a considéré que la France disposait du meilleur système de prestation de soins de santé au monde.

The U.K. has a number of private hospitals that are apparently of very good quality. I have a son living there. They are very satisfied with the care they receive. Sweden has embarked on a system where they have private providers as well. qui fait appel à des fournisseurs privés aussi.

I am not in any way promoting private providers and I am not saying they are better. The answer is regulation and control and evaluation, if any of the horror stories we hear south of the border are to be believed. Many of the problems of the for-profit hospitals in the U.S. have resulted because they were bought from institutions that were not-for-profit and in very difficult financial situations

Dr. Relman if you had the opportunity, would you eliminate all for-private providers or do you think it would be acceptable to have some for-profit providers?

The Kaiser Permanente HMOs have been compared to, for example, the National Health Service in the U.K., showing that it is provides more effective care and more patient satisfaction. The U.K. system is the cheapest in the world right now. Now the Kaiser Permanente is being compared to other systems in the world, and it always comes out first.

I realize you may not have been prepared for that question, but what is your impression of that system?

It is an HMO that has been in existence since 1945. It offers coverage to 8 million Americans. It offers complete coverage of all health care, drugs, home care, hospitals, physician services and preventive services. As I said, costs are way below any OECD country.

Dr. Relman: Thank you, Senator Morin, for the kind words about The New England Journal of Medicine.

You said there are many advantages to having a single over a multiple system regardless of the for-profit/not-for-profit issue. I agree with the first half of that statement, but I cannot imagine how any country would choose to put its entire health insurance system under one for-profit company. That seems to me to be unthinkable, and it would open up the possibility of exploitation and abuse. If you favour a single insurance system, as I do, and as Canada largely seems to have done over the years, it has to be public.

You make the valid point that, from the point of view of profit making, many elements of the American and the Canadian health care systems are for-profit, that is to say, there has to be profit defined as excess of income over expense. Otherwise it could only function with tax revenues or with charity. A profit is necessary. It is not for-profit that concerns me; it is investor-owned that goes along with the for-profit. If you have a professional who makes his or her livelihood from providing professional services to patients and has to take home a net surplus, a profit, or else they cannot continue to exist, I find that much less concerning than if

Le Royaume-Uni possède un certain nombre d'hôpitaux privés qui semblent de très bonne qualité. Mon fils vit là-bas. Il est très satisfait des soins qu'il reçoit. La Suède a mis au point un système

48:15

Je ne cherche d'aucune manière à faire la promotion des fournisseurs privés et je n'essaie pas de dire qu'ils sont meilleurs. La solution passe par la réglementation ainsi que le contrôle et l'évaluation, s'il faut en croire les histoires d'horreur que l'on colporte et qui sont censées se passer chez nos voisins du sud. Bon nombre des problèmes des hôpitaux à but lucratif aux États-Unis résultent du fait qu'ils ont été achetés d'institutions sans but lucratif qui se trouvaient dans de très mauvaises conditions financières.

Docteur Relman, si vous en aviez la possibilité, élimineriezvous tous les fournisseurs privés à but lucratif ou pensez-vous qu'il serait acceptable d'en conserver un certain nombre?

Les OSSI de la Kaiser Permanente ont été comparées, notamment, au National Health Service du Royaume-Uni, et on a montré qu'elles fournissaient des soins plus efficaces et que les patients étaient davantage satisfaits. Le système du Royaume-Uni est le moins cher du monde actuellement. Aujourd'hui, on compare le système de la Kaiser Permanente à d'autres systèmes du monde, et il se classe toujours bon premier.

Peut-être ne vous attendiez-vous pas à cette question, mais que pensez-vous de ce système?

Il s'agit d'une organisation de soins de santé intégrés qui existe depuis 1945. Elle offre couvre 8 millions d'Américains à qui elle offre une protection complète de tous les soins de santé, médicaments, soins à domicile, hôpitaux, services de médecins et services de prévention. Comme je l'ai déjà mentionné, les coûts sont bien en dessous de ceux de n'importe quel pays de l'OCDE.

Le Dr Relman: Merci, sénateur Morin, pour vos bons mots au sujet du New England Journal of Medicine.

Vous avez déclaré que le fait d'avoir un assureur unique plutôt qu'un grand nombre d'assureurs différents comportait de nombreux avantages, peu importe l'aspect à but lucratif ou sans but lucratif. Je suis d'accord avec la première portion de cet énoncé, mais j'imagine difficilement comment un pays pourrait vouloir confier la totalité de son système d'assurance-santé à une entreprise à but lucratif. Il me semble que c'est impensable, et que cela ouvrirait la porte à l'exploitation et à l'abus. Si vous êtes en faveur d'un système d'assurance unique, comme je le suis, et comme le Canada semble l'être depuis de nombreuses années, ce système doit être public.

Vous faites valoir avec raison que, du point de vue de la rentabilité financière, bon nombre d'éléments des systèmes de soins de santé canadien et américain sont à but lucratif, c'est-àdire qu'ils doivent générer des bénéfices que l'on définit comme l'excédent des revenus sur les dépenses. Autrement, ces systèmes devraient compter uniquement sur les recettes fiscales ou les dons de bienfaisance. Les bénéfices sont nécessaires. Ce n'est pas l'aspect de la rentabilité financière qui me préoccupe: je pense plutôt au fait que ces établissements appartiennent à des intérêts privés en plus d'être à but lucratif. Si un professionnel gagne sa vie the professional services or the facilities are owned by an anonymous corporation that talks to Wall Street and Wall Street analysts and is interested only in profits and in share prices. That is the problem. It is not for-profit versus not-for-profit that I am concerned with; it is investor ownership.

You asked if I would favour elimination of all for-profit facilities and health care businesses. Yes, over the long run. I am an evidence-driven person. I have lived my whole career asking: What is the evidence? Where are the data? Where are the facts? What are the facts? The facts are that no one has ever shown, in fair, accurate comparisons, that for-profit makes for greater efficiency or better quality, and certainly have never shown that it serves the public interest any better. Never. As far as I can see, the only advantage of for-profit over not-for-profit is that they provide capital, which they get from investors. They provide the capital that often the not-for-profit system does not have or is unwilling to provide.

However, in order to justify providing that capital, they have to extract from the system not only the costs of their amortization but their profits. Otherwise, they cannot do it. Why would they provide capital if, on balance, they did not take more out of the system than they put in?

In the beginning a community or a hospital that is starved for money will welcome the for-profits coming in. A hospital corporation is able to build a new hospital that the community is unable to afford. However, you the community will pay for that in the long run because the corporation is not in the business of running a charity. They are in it to make a profit, and they will take the profit out of the community. Ultimately they will take more out of the community than they put in. They have to take out more than they put in order to make a profit.

Your other question was about Kaiser. Kaiser is terrific and is one of the models we should emulate. Keep in mind that Kaiser is a not-for-profit organization; there are no investors.

I believe that the ideal system would combine a unified public insurance system with private not-for-profit providers, held accountable, kept within a budget, made accountable for their efficiency and so on. I believe that there should be a public/private mix in health care: public funding, private delivery. I do not want doctors to work for the government unless they choose to join the VA or the military or public health service. I think the delivery

en fournissant des services à des patients et s'il doit nécessairement enregistrer un excédent net ou un bénéfice, pour continuer d'exister, je trouve cette situation beaucoup moins préoccupante que si les services professionnels ou les établissements sont la propriété d'une corporation anonyme qui est en liaison avec Wall Street et ses analystes financiers et qui ne vise finalement que les bénéfices et le cours de l'action. C'est là que le bât blesse. Je ne pense pas que le problème tienne au fait que les établissements soient à but lucratif ou non; à mon avis, il concerne plutôt le fait qu'ils appartiennent à des investisseurs privés.

Vous m'avez demandé si je serais en faveur de l'élimination de tous les établissements et de toutes les entreprises de soins de santé à but lucratif. Ma réponse est oui, à long terme. Je suis une personne qui a besoin de preuves. Durant toute ma carrière, ie n'ai cessé de demander: Quelles sont les preuves? Où sont les données? Quels sont les faits? Où sont les faits? Les faits, les voici: personne n'a jamais pu démontrer au moyen de comparaisons justes et précises que les établissements à but lucratif sont synonymes d'une plus grande efficacité ou d'une meilleure qualité, et on n'a certainement jamais donné la preuve qu'ils servaient mieux les intérêts du public. Jamais. En ce qui me concerne, les seuls avantages des établissements à but lucratif par rapport à ceux qui sont sans but lucratif tiennent à l'injection de capitaux, et ces capitaux leur sont fournis par des investisseurs. Ils apportent les capitaux qui font défaut au système sans but lucratif ou qu'il ne veut pas avancer.

Cependant, pour pouvoir justifier cette injection de capitaux, ces investisseurs doivent extraire du système non seulement les coûts de l'amortissement, mais aussi des bénéfices. Sinon, ils ne pourraient pas investir. Pourquoi fourniraient-ils du capital si, en contrepartie, ils ne pouvaient pas retirer davantage du système que ce qu'ils y ont investi?

Au début, une collectivité ou un hôpital qui a désespérément besoin d'argent sera heureux de voir arriver les investisseurs. Une association d'hôpital a les moyens de construire un nouvel hôpital, alors que la collectivité ne peut se le permettre. Mais, à la longue, c'est la collectivité qui paiera la note parce que la corporation n'est pas une organisation de bienfaisance. Sa raison d'être est de faire des profits, et elle en fera sur le dos de la collectivité. En dernier ressort, elle retirera davantage de la collectivité que ce qu'elle a investi. Elle n'a pas le choix, elle doit parvenir à obtenir plus que sa mise initiale pour réaliser des bénéfices.

Votre autre question portait sur Kaiser. Kaiser est fantastique et c'est l'un des modèles que nous devrions imiter. N'oubliez pas que Kaiser est une organisation sans but lucratif; elle n'a pas d'investisseurs.

Je pense que le système idéal combinerait un système d'assurance public unifié avec des fournisseurs privés sans but lucratif, qui seraient tenus de rendre des comptes, devraient suivre un budget, seraient évalués en fonction de leur efficacité, et ainsi de suite. À mon sens, les soins de santé devraient être organisés autour d'un système qui mélangerait le secteur public et le secteur privé; le financement devrait provenir du secteur public et la

system ought to be in the private sector but held accountable by budgets and quality controls for how they perform. Kaiser is a terrific example of that.

Senator Morin: This is a very important issue. What you are saying is not so much not-for-profit as compared to investor owned. As an example, St. Gorans hospital in Sweden is the property of the providers, the physicians, nurses and the other personnel. Many private clinics in France are physician owned, but I think St. Gorans is an example that would please Ms Connors because the nurses and the other employees own the hospital as well as the physicians. If there are profits at the end of the fiscal year they reinvest some of it and take some of it. The profits are divided equally amongst all employees, not more to doctors, but equally. That is the system they have in St. Gorans. Maybe you would find this system more acceptable.

Dr. Relman: Yes, I would. In the United States, you see examples of both kinds of private, for-profit, net income dependent, delivery systems. You see the Kaiser system where they depend on their profit to make the system better. Nobody gets richer at Kaiser because they have a profit at the end of the year. They reinvest the profits. There may be some slight bonus incentive, but it is very modest. They pay themselves a salary that is a matter of public information, and all their profits go to improving the system.

Then there is the other kind of private, provider-owned system in which the doctors actually are shareholders in a private, limited corporation. They are the only investors. In other words, it is a privately held corporation. They get paid not only for their time and effort as health care professional providers but they get paid from the profits of the institution. I think that system is unethical. It is contrary to the basic principles of the profession that you and I swore an oath to uphold, and I oppose it, whether it is in the United States, Canada or in Europe.

Senator Morin: Thank you very much. This was the pleasant part. We really appreciate the help you gave us, Dr. Relman.

The more unpleasant part, Madam Chair, is to deal with the written and now public presentation from the Canadian Health Coalition. I will have to deal with the document. As this is now a public document, I personally cannot let this go as it is, and I will have to deal with it page by page.

prestation devrait être assurée par le secteur privé. Je ne veux pas que les médecins travaillent pour le gouvernement, à moins qu'ils aient choisi de joindre les rangs des VA ou de l'armée ou encore les services de santé publique. Je pense que le système de prestation des soins de santé devrait être entre les mains du secteur privé, mais que le secteur privé devrait rendre compte de son rendement par l'entremise de budgets et de contrôles qualité. Kaiser donne un exemple fantastique de ce mode de fonctionnement.

Le sénateur Morin: Voici un point très important. Si j'ai bien compris, vous ne visez pas tellement le système à but lucratif, mais plutôt les établissements qui sont la propriété d'investisseurs. À titre d'exemple, l'hôpital St. Gorans, en Suède, appartient aux fournisseurs, aux médecins, aux infirmières et à d'autres membres du personnel. Bon nombre de cliniques privées en France appartiennent à des médecins, mais je pense que l'exemple du St. Gorans devrait plaire à Mme Connors parce que les infirmières et les autres employés sont aussi les propriétaires de l'hôpital au même titre que les médecins. S'il y a des bénéfices à la fin de l'année, ils en réinvestissent une partie et en prennent une autre. Les bénéfices sont répartis également entre tous les employés, les médecins n'en retirent pas davantage que les autres. Voilà le système qui prévaut au St. Gorans. Peut-être que vous trouverez ce type de système plus acceptable.

Le Dr Relman: Oui, en effet. Aux États-Unis, on voit des exemples des deux types de systèmes de prestation des soins, privés, à but lucratif, et qui dépendent des bénéfices nets. Il y a d'abord l'exemple du système Kaiser où l'amélioration du système passe par la réalisation de bénéfices. Personne ne s'enrichit à Kaiser parce que l'on a enregistré un bénéfice à la fin de l'année. Les bénéfices sont réinvestis. Il peut y avoir une petite prime d'encouragement, mais elle est très modeste. Les employés se versent un salaire qui est connu du public et tous les bénéfices sont réinvestis dans l'amélioration du système.

Et il y a l'autre type de système privé appartenant à des investisseurs dans lequel les médecins sont en réalité les actionnaires d'une société privée à responsabilité limitée. Ils sont les seuls investisseurs. Autrement dit, il s'agit d'une entreprise à capitaux privés. Ils sont rémunérés non seulement en contrepartie de leur temps et de leurs efforts en tant que fournisseurs de soins de santé professionnels, mais ils reçoivent aussi leur salaire à partir des bénéfices réalisés par l'institution. Je pense que ce système est contraire à la déontologie. Il va à l'encontre des principes fondamentaux de la profession que vous et moi avons fait le serment de respecter, et je m'y oppose, que ce soit aux États-Unis, au Canada ou en Europe.

Le sénateur Morin: Merci beaucoup. Voilà pour la partie agréable. Nous apprécions réellement votre contribution, docteur Relman.

Maintenant, madame la présidente, passons à la partie moins agréable qui consiste à aborder le mémoire écrit, qui est maintenant du domaine public, de la Coalition canadienne de la santé. Je dois répondre à ce document. Étant donné qu'il a été publié, personnellement, je ne peux pas laisser les choses aller sans réagir, et je devrai le passer en revue page par page.

Do you have your document, Mr. McBane? It is also available on the Web. There is a statement made on page three that intrigues me:

Another member, Senator Yves Morin, is currently mandated by the federal Minister of Health to facilitate the commercialization of health research in Canada, a mandate that is consistent with the fundamental conclusion of the report.

Where did you obtain that information?

Mr. McBane: Your mandate is on the Web site of the Government of Canada.

Senator Morin: I have it here. I will be very happy to read it.

Mr. McBane: The other reason why we wrote that is that it is the published policy objective of the Government of Canada to commercialize research.

Senator Morin: I am very pleased to see I am suddenly the Government of Canada. That is not what the statement says. Let me repeat it. I am mandated, and my mandate is on the Web. I would be very happy to read it:

Senator Morin will advise the Minister and the department on strategic approaches to enhance health research in Canada. Working with Health Canada's Chief Scientist, Senator Morin will contribute to improving communications with researchers in Canada and internationally to raise the profile of health research.

The rest of it notes that I was Dean of Medicine and had a distinguished career. You might disagree with the second part of the mandate.

I see nothing here about this. I am amazed at this.

This is false and unsubstantiated. You could have submitted it to us in a question but you transmitted personal false unsubstantiated information to the media.

This is nonsense. I never had anything to do with commercialization. On the contrary, my wife thinks I should be more involved in it; maybe our personal finances would be better.

Some people do that but I have never been at that end of it. I have always done clinical research and administration. I am flabbergasted. Where did you get that information?

Mr. McBane: If I may, senator, I am not referring to your personal involvement in commercial ventures. I am referring to the federal government's strategic approach, referred to in your mandate, to research in commercialization. I am inferring that is part of your role.

Avez-vous votre document avec vous, monsieur McBane? On le trouve aussi sur le Web. Il y a un énoncé à la page trois qui me trouble:

Un autre membre, le sénateur Yves Morin, est actuellement mandaté par le ministère de la Santé du gouvernement fédéral pour faciliter la commercialisation de la recherche dans le domaine de la santé au Canada, un mandat qui s'harmonise bien avec la conclusion fondamentale du rapport.

D'où tenez-vous cette information?

M. McBane: Votre mandat figure sur le site Web du gouvernement du Canada.

Le sénateur Morin: Je l'ai juste ici. Je vais vous le lire avec plaisir.

M. McBane: L'autre raison pour laquelle nous avons écrit cela est que l'objectif stratégique du gouvernement du Canada, tel qu'il est publicisé, est de commercialiser la recherche.

Le sénateur Morin: Je suis très heureux d'entendre que je suis soudainement devenu le gouvernement du Canada. Ce n'est pas ce que dit l'énoncé. Permettez-moi de le répéter. Je suis mandaté, et mon mandat est affiché sur Internet. Je vais vous le lire avec plaisir:

Le sénateur Morin conseillera le ministre et le ministère quant aux approches stratégiques pour améliorer la recherche en santé au Canada. De concert avec l'expert scientifique en chef, le sénateur Morin aidera à améliorer les communications avec les chercheurs au Canada et à l'étranger pour rehausser le profil de la recherche en santé.

Le reste du texte mentionne que j'ai été doyen de la faculté de médecine et que j'ai mené une prestigieuse carrière. Peut-être ne serez-vous pas d'accord avec la deuxième partie du mandat.

Mais je ne vois rien ici de ce que vous avez dit. Je suis vraiment étonné.

Vous faites une affirmation fausse et sans fondement. Vous auriez pu nous poser la question, mais vous avez préféré transmettre des renseignements personnels erronés et sans fondement aux médias.

C'est ridicule. Je n'ai jamais rien eu à voir avec la commercialisation. Bien au contraire, ma femme pense que je devrais m'y intéresser davantage; peut-être que cela contribuerait à améliorer nos finances personnelles.

Certains le font, mais je ne m'en suis jamais mêlé. J'ai toujours travaillé dans le domaine de la recherche clinique et de l'administration. Je suis époustouflé. Où avez-vous été chercher cela?

M. McBane: Si vous me permettez, sénateur, je ne fais pas allusion à votre participation personnelle dans des entreprises commerciales. Je fais plutôt référence à l'approche stratégique adoptée par le gouvernement fédéral, mentionnée dans votre mandat, qui vise la commercialisation de la recherche. J'en déduis que cela fait partie de votre rôle.

Senator Morin: There are 2,000 researchers right now that are supported by the federal government. Let me tell you very specifically that you have not checked your information and are completely out of the picture. All health research supported by the federal government is supported by CIHR. If you look at the legislation of CIHR you will see that there was a lot of debate on this issue. The major objective of health research supported by the federal government is to enhance the health of Canadians and to improve Canadian health care delivery system.

There was some debate as to whether we should put as an objective the economic development of Canadians. We had much pressure from other individuals, but it was decided not to include that

Health research supported by the federal government does not have commercialization as an objective, and it is very clear in the legislation if you look it up.

This is completely untrue and I strongly object to this. I am sure Dr. Relman would never have agreed to this had he known. You are actually doing a disservice to the cause you claim to support.

Canada has a strong tradition of left-of-centre activists in the field of health care. You mentioned people like Tommy Douglas and Mr. Broadbent. There are a number of people who were left-of-centre activists in all fields, including health care. They have been extremely profitable for Canada. They would never have reverted to tactics such as this one. I will not write to all the organizations that support you, but I am sure they would never support a thing like this.

I would like to move to another issue. Senator Keon is chair of the Clinical Advisory Board of the WorldHeart Corporation. For Mr. Relman's benefit, Dr. Keon is one of the worlds leading heart surgeons. He is head of the Ottawa Heart Institute; his record as a heart surgeon is outstanding. Comparisons that have made between the various institutions performing cardiac surgery in Ontario have shown that the Ottawa Heart Institute has been way ahead of the other institutions.

Dr. Keon served with great distinction in all the major scientific organizations in this country: the Canadian Cardiovascular Society, which he chaired and also the Royal College. There are great many more. His career is comparable to yours, Dr. Relman. He is also an outstanding investigator. His team of engineers, cardiologists and basic investigators, has led to the discovery of an artificial heart that will save lives as it will bridge the patients waiting for transplant. It is a major discovery. It has not yet been used clinically but the important decision is to have a board that will decide at what point the first patient will receive this artificial heart.

Le sénateur Morin: Actuellement, 2 000 chercheurs reçoivent l'aide du gouvernement fédéral. Laissez-moi vous dire très précisément que vous n'avez pas vérifié vos renseignements et que vous êtes complètement à côté de la plaque. Toute la recherche en santé financée par le gouvernement fédéral est encadrée par les IRSC. Si vous consultez la loi ayant créé les IRSC, vous verrez qu'il y a eu énormément de discussion sur le sujet. Le principal objectif de la recherche en santé financée par le gouvernement fédéral est d'améliorer la santé des Canadiens et la qualité du système de prestation des soins de santé du Canada.

On a beaucoup débattu de la question à savoir si l'on devait ajouter comme objectif le développement économique des Canadiens. Mais certains ont fait des pressions, et cette idée a été abandonnée.

La recherche en santé financée par le gouvernement fédéral n'a pas pour objectif la commercialisation, et c'est très clair dans la loi si vous y jetez un coup d'oeil.

Votre affirmation est complètement fausse et je m'y objecte avec vigueur. Je suis persuadé que le Dr Relman n'aurait jamais approuvé cela s'il avait été au courant. Vous rendez un très mauvais service à la cause que vous affirmez défendre en agissant ainsi.

Le Canada possède une solide tradition d'activistes du centre gauche dans le domaine des soins de santé. Vous avez mentionné les noms de Tommy Douglas et de M. Broadbent. Un certain nombre de personnes furent des activistes du centre gauche dans tous les domaines, y compris les soins de santé. Ils ont joué un rôle qui a bénéficié énormément au Canada. Ces gens n'auraient jamais eu recours à de telles tactiques. Je n'ai pas l'intention d'écrire à tous ceux qui vous appuient, mais je suis convaincu qu'ils désapprouveraient votre geste.

J'aimerais passer à un autre point. Le sénateur Keon est président du conseil consultatif clinique de WorldHeart Corporation. Pour le bénéfice du Dr Relman, j'aimerais dire que le Dr Keon est l'un des plus éminents cardiochirurgiens au monde. Il est à la tête de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa; il a mené une carrière exceptionnelle en tant que chirurgien cardiologue. Les comparaisons ayant été faites entre divers établissements qui font de la chirurgie cardiaque en Ontario ont montré que l'Institut de cardiologie d'Ottawa a une longueur d'avance sur les autres institutions.

Le Dr Keon s'est distingué auprès de toutes les grandes organisations scientifiques de ce pays: la Société canadienne de cardiologie, qu'il a présidée et aussi le Royal College. Et il y en a un grand nombre. Il a mené une carrière comparable à la vôtre, docteur Relman. Il est également un chercheur exceptionnel. Les travaux de son équipe d'ingénieurs, de cardiologues et de spécialistes de la recherche fondamentale ont conduit à la découverte d'un coeur artificiel qui permettra de sauver des vies en maintenant en vie des patients en attente d'une transplantation. Il s'agit d'une découverte majeure. Elle n'a pas encore été utilisée cliniquement, mais la décision importante consiste à confier à un conseil la responsabilité tout aussi importante de déterminer à quel moment le premier patient recevra ce coeur artificiel.

There is a distinguished list of scientists who are part of this clinical advisory board. There are some from other parts of the world, but I will name the Americans. I am sure that you know many of them. There is Dr. Kenneth Franco from the University of Nebraska, Dr. Fraser director of the Texas Heart Institute, Dr. Hunt who is leading of the division of cardiology at Stanford University, Dr. Kormas of the University of Pittsburgh, which is the leading centre in the world for transplantation and artificial hearts. There is a distinguished list. Dr. Young is medical director of the Heart Failure Centre at the Cleveland Clinic and so forth. There are 20 of them.

Dr. Keon chairs this advisory board, which serves an extremely important function of identifying at what point and under what circumstances this first artificial heart should be implanted.

I would like to ask Mr. McBane, in what way this is complimentary to Senator Keon. Did you have another idea in mind?

Mr. McBane: The purpose of the reference to Dr. Keon's involvement with the WorldHeart Corporation is to raise the issue of public versus private in health care. Canadians should have the facts on the table when physicians are involved in certain private market enterprise endeavours. It is basically a statement of fact.

The tone of our brief was motivated, quite frankly, was the tone of your interim report, which was completely—

Senator Morin: Could we move to that matter? I would like you to deal with Senator Keon, please. Do you think that he should not have accepted the position of chair of the Clinical Advisory Board?

Mr. McBane: I am simply stating a fact.

Senator Morin: It is favourable? It is to compliment Senator Keon on being a chair?

Mr. McBane: Some people see is as very favourable. Others are worried about the implications.

Senator Morin: Do you think Dr. Keon is profiting financially from being on that board?

Mr. McBane: I do not know, and in Canada we will never know because there is no financial disclosure.

Senator Morin: Perhaps we can ask.

Mr. McBane: That is not the point that I am raising here.

Senator Morin: It is the point. In a way, this is another private insinuation that Dr. Keon is somehow profiting from being on this advisory board, and he also is facilitating commercialization as I am. In this respect, he should not be part of the committee because he is part of the advisory board.

I would like to move to the tone of your report.

Une liste d'éminents scientifiques font partie de ce conseil consultatif clinique. Ces scientifiques viennent d'autres régions du monde, je ne nommerai que les Américains. Je suis sûr que vous en connaissez plusieurs. Je cite le Dr Kenneth Franco de l'Université du Nebraska, le Dr Fraser, directeur du Texas Heart Institute, le Dr Hunt qui est à la tête de la division de cardiologie à l'université Stanford, le Dr Kormas de l'Université de Pittsburgh, qui est le principal centre au monde pour la transplantation et les coeurs artificiels. C'est une liste très impressionnante. Elle compte aussi le Dr Young qui est le directeur médical du Heart Failure Centre à la Cleveland Clinic et ainsi de suite. En tout, cette liste compte 20 personnes.

Le Dr Keon est le président de ce conseil consultatif chargé du rôle extrêmement important de déterminer à quel moment et dans quelles circonstances ce coeur artificiel devrait être implanté.

J'aimerais demander à M. McBane, en quoi cet énoncé relatif au sénateur Keon est pertinent. Aviez-vous autre chose en tête?

M. McBane: Nous avons mentionné la participation du Dr Keon à la WorldHeart Corporation afin de soulever la question du système public par rapport au système privé dans les soins de santé. Les Canadiens devraient être mis au courant lorsque des médecins participent à certaines entreprises du secteur privé. C'est une simple déclaration de fait.

En toute franchise, le ton de notre exposé a été influencé par celui de votre rapport intérimaire, qui était complètement...

Le sénateur Morin: Pouvons-nous aborder le sujet? J'aimerais que nous parlions du sénateur Keon, s'il vous plaît. Pensez-vous qu'il n'aurait pas dû accepter le poste de président du conseil consultatif clinique?

M. McBane: Je ne fais qu'énoncer un fait.

Le sénateur Morin: Est-ce un énoncé favorable? L'avez-vous fait pour féliciter le sénateur Keon d'occuper la présidence?

M. McBane: Certains voient cette nomination d'un très bon oeil. D'autres sont inquiets de ce que cela implique.

Le sénateur Morin: Pensez-vous que le Dr Keon tire des avantages financiers de sa participation à ce conseil?

M. McBane: Je n'en sais rien, et au Canada, nous ne le saurons jamais parce que la divulgation des renseignements d'ordre financier n'est pas obligatoire.

Le sénateur Morin: Peut-être que nous pourrions poser la question.

M. McBane: Ce n'est pas le but de mon intervention.

Le sénateur Morin: Au contraire, c'est le but. D'une certaine manière, il s'agit d'une autre insinuation gratuite comme quoi le Dr Keon bénéficie de quelque manière de sa participation à ce conseil, et comme quoi il facilite la commercialisation, tout comme moi. Par conséquent, si je suis votre raisonnement, il ne devrait pas faire partie du comité parce qu'il est membre du conseil consultatif.

J'aimerais que nous abordions le ton de votre rapport.

Senator Keon: Madam Chair, could I interrupt for a minute? I did call the editor of the *Winnipeg Free Press* when this came out. I would like to go on record that I hold no shares in WorldHeart Corporation. I am not paid by WorldHeart. When we presented the program to the Ethics Committee I surrendered the patents that I held as an investigator to the principal investigator. I have no financial interest in World Heart Corporation. I have an interest in chairing the advisory committee to protect the interests of the Ottawa Heart Institute for ethical and quality assurance reasons because it is likely that the first implant of this device will occur at the Ottawa Heart Institute.

Senator Morin: I would like to move to the substance of the report. These are important issues.

We are criticized because we have a list of options. They are possibilities, not probabilities. The last report of Mr. Romanow, which was approved by the coalition, has the same options. You approved of these publicly in the press.

On page 11:

A better solution is to have more resources to deal with the current problems, not by increasing public spending, but by asking individual Canadians to bear greater responsibility for the costs of health care services through options such as co-payments, user fees, taxable benefits or private insurance.

I am not saying that because Mr. Romanow makes out he is in favour of it. We did nothing else, and if you read between the lines that we are favouring one option more than the other, I think you are completely wrong.

My final comment deals with this long dissertation concerning the American nursing situation. There is no doubt that U.S. nursing home situation is abysmal. The quality of care is bad, mainly because the regulation of U.S. nursing homes is terrible, much worse than any other country. I am referencing the last issue of *Health Ayfairs*, which is an American journal.

I am surprised we have not addressed the Canadian situation, Mr. McBane. A study from the *Canadian Medical Association Journal* on May 18, 1999, compares private and publicly owned nursing homes in Canada. They say most of the private and public homes for the aged that were studied delegated care of good quality. There was no difference between those of private and publicly owned nursing homes.

This is a Canadian study.

Dr. Relman: Where was that published?

Le sénateur Keon: Madame la présidente, puis-je me permettre d'interrompre pour une minute? J'ai communiqué avec le rédacteur en chef du Winnipeg Free Press lorsque ce texte a paru. Je tiens à dire, pour le compte rendu, que je ne détiens aucune action dans WorldHeart Corporation. Je ne suis pas rémunéré par WorldHeart. Lorsque nous avons présenté le programme au comité de déontologie, j'ai cédé au chercheur principal mes droits sur les brevets que je détenais en tant que chercheur. Je n'ai aucun intérêt financier dans WorldHeart Corporation. Mon seul intérêt consiste à présider le comité consultatif en vue de protéger les intérêts de l'Institut de cardiologie d'Ottawa pour des raisons d'éthique et d'assurance de la qualité parce que, selon toute vraisemblance, la première implantation de cet appareil aura lieu à l'Institut de cardiologie d'Ottawa.

Le sénateur Morin: J'aimerais que nous abordions le contenu du rapport. Ce sont des points importants.

On nous critique parce que nous avons présenté une liste d'options. Mais il s'agit d'une liste de possibilités, et non de probabilités. Le rapport que vient de publier M. Romanow, qui a été approuvé par la coalition, énonce les mêmes options. Vous les avez approuvées publiquement dans la presse.

Je lis à la page 11:

À leurs yeux, la solution à privilégier consiste à investir davantage de ressources pour régler les problèmes actuels, non pas en augmentant les dépenses publiques, mais plutôt en demandant aux citoyens d'assumer une plus grande part de responsabilité directe pour le coût des soins de santé. Ils mettent en avant plusieurs options, telles que la participation aux coûts, les droits d'utilisation, les avantages imposables et l'assurance privée.

Ce n'est pas parce que M. Romanow énonce ces options que cela signifie pour autant qu'il leur est favorable. Nous n'avons fait rien de plus, et si vous lisez entre les lignes que nous privilégions une option au détriment des autres, vous êtes complètement dans l'erreur.

Mon dernier commentaire vise cette longue dissertation concernant la situation des soins infirmiers aux États-Unis. Il ne fait aucun doute que la situation dans les maisons de soins américaines est épouvantable. La qualité des soins y est mauvaise, mais surtout parce que la réglementation américaine qui les régit est désastreuse, encore pire que dans n'importe quel autre pays. Je fais allusion au dernier numéro de *Health Ajfairs*, une revue spécialisée américaine.

Je suis surpris que nous n'ayons pas mentionné la situation canadienne, monsieur McBane. Dans une étude publiée par le Journal de l'Association médicale canadienne le 18 mai 1999, on compare les maisons de soins privées et publiques au Canada. L'article dit que la plupart des maisons de retraite privées et publiques qui ont fait l'objet de l'étude donnent des soins de bonne qualité. On ne fait pas de distinction entre les maisons de soins privées et celles qui appartiennent à l'État.

Il s'agit d'une étude canadienne.

Dr Relman: Où cette étude a-t-elle été publiée?

Senator Morin: I knew you would be here, Dr. Relman.

Dr. Relman: I would like to see the numbers.

Senator Morin: This is in a Canadian context. If you are interested in that, we have a Canadian expert here, Dr. Réjean Hebert, who is head of the National Institute on Aging. He says the situation of nursing homes in Canada is far better than it is in the U.S. In Canada, approximately 50 per cent are publicly owned, while 50 per cent are privately owned. Our regulatory process is very strict, and this is true throughout most provinces.

It is quite different in the U.S. This article points out that the regulatory process in the U.S. is different than in other countries; it is adversarial and so forth and varies from state to state.

I think we should address the Canadian system rather than the system in the U.S. We are obsessed with the U.S. Every time we talk about health care here we cannot have a discussion without mentioning the U.S. We can think for ourselves. I think studying the nursing home situation in the U.S. is irrelevant to this country. We should study the Canadian system.

I cannot understand why we are spending so much time on the U.S. situation, which is completely different to ours. There are a number of experts we can bring here. For example, Dr. Hébert and others from the Institute on Aging and CHIR, who have studied the nursing home situation at great length could advise us on the state of Canadian nursing homes. I am surprised we have not addressed this. I am extremely disappointed.

This is a good morning. We had Dr. Relman come in, which was wonderful, but the rest has been a catastrophe. The worst part is this has become public. It has been in the *Winnipeg Free Press* and on their Web site for weeks. I strongly object to that.

The Deputy Chairman: Dr. Morin, I would like to comment before the witnesses respond. You are suggesting that persons on this committee have undue influence on the others. If you look at the backgrounds of most of the senators on this committee, we do not fall within the category of sheep following along on the views of others.

This committee is comprised of a wonderful cross-section of society, the exact kind of people who should be addressing the health care study. We have Senator Cook who has worked in hospital administration in Newfoundland and Labrador; Senator Pépin, who is a nurse; Senator Robertson, who was a former Minister of Health in the province of New Brunswick and Senator Callbeck who was the premier and also Minister of Health in Prince Edward Island.

Le sénateur Morin: Je savais que vous seriez au rendez-vous, docteur Relman.

Dr Relman: J'aimerais voir les chiffres.

Le sénateur Morin: Cette étude a été réalisée dans un contexte canadien. Si cela vous intéresse, nous avons ici un spécialiste canadien, le Dr Réjean Hébert, qui dirige l'Institute of Healthy Aging. Il affirme que la situation dans les maisons de soins au Canada est de beaucoup supérieure à celle de nos voisins américains. Au Canada, environ 50 p. 100 de ces maisons appartiennent à des capitaux public, et 50 p. 100 à des capitaux privés. Notre processus réglementaire est très strict, et la situation est la même dans toutes les provinces.

Mais il en va autrement aux États-Unis. Cet article signale que le processus réglementaire américain diffère de celui des autres pays; il est contradictoire et ainsi de suite, et varie d'un État à l'autre.

À mon avis, nous devrions nous pencher sur le système canadien plutôt que sur celui des États-Unis. Nous sommes obsédés par les États-Unis. Chaque fois que nous voulons parler des soins de santé dans ce pays, il semble impossible de le faire sans mentionner les États-Unis. À mon avis, il n'est pas pertinent pour nous d'examiner la situation des maisons de soins aux États-Unis. Nous devrions examiner le système canadien.

Je n'arrive pas à comprendre pourquoi nous perdons tellement de temps à étudier la situation des États-Unis qui est complètement différente de la nôtre. Nous pouvons inviter bon nombre de spécialistes. Par exemple, le Dr Hébert et d'autres membres de l'Institute on Aging et des IRSC, qui ont examiné en profondeur la situation des maisons de soins et qui pourraient nous donner leur avis sur l'état de ces maisons au Canada. Je suis surpris que nous ne l'ayons pas encore fait. J'en suis même extrêmement désappointé.

Nous avons eu une bonne matinée. D'abord, nous avons pu entendre le Dr Relman, et ce fut merveilleux, mais la suite a été une catastrophe. Le pire dans toute cette histoire est que ce texte a été diffusé dans le public. Il est paru dans le *Winnipeg Free Press* et sur leur site Web durant des semaines. Je m'insurge vigoureusement contre cette situation.

La vice-présidente: Docteur Morin, permettez-moi de faire un commentaire avant que les témoins ne vous répondent. Vous suggérez que certains membres du comité exercent une influence exagérée sur les autres. Si vous jetez un coup d'oeil sur les antécédents de la plupart des sénateurs qui en font partie, vous verrez que nous ne sommes pas vraiment du genre à suivre le troupeau.

Nous sommes en effet un groupe formé d'un échantillon assez remarquable de la société, le genre précis de personnes qui devraient s'attaquer à une étude des soins de santé. Nous avons parmi nous le sénateur Cook, qui a travaillé dans l'administration d'hôpitaux à Terre-Neuve-et-Labrador; le sénateur Pépin, qui est infirmière; la sénateur Robertson, qui a été ministre de la Santé dans la province du Nouveau-Brunswick et la sénateur Callbeck qui a été premier ministre et aussi ministre de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard.

There are senators like myself who do not have any particular background in the medical field but come at it from the viewpoint of a user of the system.

I take great offence when it is suggested that any member of the committee in some way influences the thinking of this committee or any report we put out. Anyone that knows us personally would not ever put us in that category.

Dr. Relman, you wanted to respond to Dr. Senator Morin, so please proceed.

Dr. Relman: Dr. Morin, as usual, is correct when he looks at the American health care system and says many of the problems in quality that a for-profit system has can be attributed, not exclusively but largely, to inadequate regulation.

However, I ask you to take a broader view and go beyond the fact that there is weak regulation and ask, why is there weak regulation. Throughout the American health care system there is inadequate regulation of private, for-profit health care, as well as private not-for-profit health care. In the for-profit system, there is so much money in for-profit nursing, hospital care, ambulatory services, and pharmaceutical services that the regulatory agencies have been co-opted, at times you might say intimidated, by the political and financial influence of the owners.

That is a fact. I do not think you can avoid it in the United States. Remember what "deep throat" said to the investigators of the Watergate scandal.

He said, "Follow the money."

In the United States, there is a huge amount of money involved in providing for-profit health care. That money in part is used to ensure that regulation is weak. It applies to the Food and Drug Administration. It applies to all sorts of regulatory agencies. I served for six years on a state agency studying the quality of care in Massachusetts hospitals. It is very clear to me that financial concerns play a major role.

Senator Morin, I agree with you. If we did have good, aggressive, unbiased regulation, many of the problems I have talked about in terms of quality would be solved. However, we do not.

Ms Connors: Senator Morin, what I heard you say with respect to the Canadian long-term care situation is that in most cases it is regulated.

Talking to long-term care nurses working in the Province of Ontario, where there has been a deregulation of long-term care, and at the same time a proliferation of building of all new long-term care primarily by the for-profit sector, there are huge issues

Le comité compte aussi des sénateurs comme moi qui n'ont pas d'antécédents particuliers dans le domaine médical, mais qui abordent les soins de santé avec le point de vue des utilisateurs du système.

Je me sens grandement offensée lorsque l'on suggère qu'un membre du comité pourrait d'une manière quelconque influencer sa façon de voir les choses ou tout rapport que nous publions. Quiconque nous connaît personnellement ne nous classerait jamais dans cette catégorie de personnes.

Docteur Relman, vous vouliez répondre au Dr Morin, alors je vous en prie.

Dr Relman: Le Dr Morin a raison, comme d'habitude, lorsqu'il dit en parlant du système de soins de santé américain qu'une bonne part des problèmes liés à la qualité des soins des établissements à but lucratif sont attribuables, non exclusivement, mais dans une large mesure, aux lacunes dans la réglementation.

Toutefois, j'aimerais que vous adoptiez une plus large perspective et que vous alliez au-delà du fait que la réglementation est déficiente et que vous vous demandiez plutôt pourquoi elle l'est. À l'échelle du système américain de soins de santé, on trouve une réglementation insuffisante dans les établissements privés à but lucratif, tout autant que dans les établissements privés sans but lucratif. En ce qui concerne le système à but lucratif, il y a tellement d'argent en jeu dans les services de soins infirmiers, hospitaliers, ambulatoires et pharmaceutiques que les organismes réglementaires ont été persuadés, et j'irais jusqu'à dire intimidés, par l'influence politique et financière des propriétaires.

Ceci est un fait. Je ne pense pas que l'on puisse éviter cela aux États-Unis. Rappelez-vous ce que l'informateur disait aux enquêteurs lors du scandale du Watergate.

Il leur disait: «Suivez l'argent.»

Aux États-Unis, la prestation des soins de santé dans les établissements à but lucratif représente beaucoup d'argent. Cet argent est utilisé en partie pour faire en sorte que la réglementation demeure déficiente. Cela s'applique à la Food and Drug Administration ainsi qu'à toutes sortes d'organismes réglementaires. J'ai travaillé durant six ans pour un organisme public qui étudiait la qualité des soins dans les hôpitaux du Massachusetts. Il est clair pour moi que les considérations financières jouent un rôle important.

Sénateur Morin, je suis d'accord avec vous. Si nous avions une réglementation solide, énergique et non discriminatoire, bon nombre des problèmes que j'ai mentionnés en rapport avec la qualité seraient résolus. Malheureusement, il n'en est rien.

Mme Connors: Sénateur Morin, je vous ai entendu dire que, dans la plupart des cas, les établissements de soins de longue durée canadiens sont réglementés.

Lors de conversations avec des infirmières qui travaillent dans ce type d'établissements dans la Province d'Ontario, où les soins de longue durée ont été déréglementés et où il y a eu par la même occasion une prolifération de la construction de tout nouveaux that are bubbling up. Elimination of minimum required amounts of time for care have been wiped out. The nurses in long-term care facilities, working with nurses' aides and registered practical nurses, are now faced with delivering care to elderly patients with huge and increasing complexity of health care needs, with no regulated minimum requirements of hours in any legislation. The Ontario government wiped that out.

Fortunately, in some provinces that has not happened. However, the issue from a care provider perspective, and I think most important to the person who is needing and receiving that care, is that the regulations are being eliminated. We need to look at the experience of the U.S., because I am afraid we are heading down that track.

We need a strong regulatory framework for not only our hospitals and physician services as covered currently by the Canada Health Act, but when we move on to look at long-term care and home care, which are the future of health care delivery in this country, the regulatory framework must be there. We must look at the experiences of countries where it has not been. That is where our fixation comes from around this issue.

Ultimately, I represent people in the system providing care, struggling with the realities of the regulatory frameworks in which we work. If you have to wrench out a portion of your investment for the profit margin of shareholders, it will mean that there will be less time for care. That is what it has meant in Ontario nursing homes. You can talk to any aide or RPN or registered nurse working in the system and you will hear, time and time again, that this is what is happening.

Mr. McBane: I have a brief response to two points that Senator Morin raised, one of them around nursing homes.

It is true that our brief is inadequate. There are references that should be in there. We have updated some of them on our Web site. There is an extremely important study, much more recent than the one Dr. Morin just provided us, done in 2001 on behalf of a large management consultant firm who did the study; Price Waterhouse. It is on the Web site of the Ontario Association of Non-Profit Homes. It is a very credible study that compared Canada in terms of some of our provinces, including Ontario, with several United States jurisdictions and other countries.

I challenge Dr. Morin's assertion that Canada has better regulation than the United States. The reason we know about abuse in nursing homes in the United States is because in fact they have a better inspection system. We cannot assume those abuses are not going on in our for-profit homes. We are just not looking.

établissements de soins de longue durée par le secteur à but lucratif, des questions cruciales ont fait surface. On a éliminé les critères de durée minimale des soins. Désormais, les infirmières en soins de longue durée, de concert avec les aides-infirmières et les infirmières auxiliaires, doivent dispenser des soins à des personnes âgées dont les besoins sont de plus en plus complexes et énormes sans qu'aucune loi ne réglemente les normes minimales en termes d'heures. Le gouvernement de l'Ontario les a éliminées.

Heureusement, que la même chose ne s'est pas produite dans toutes les provinces. Toutefois, pour le fournisseur de soins, et encore plus pour la personne qui en a besoin et qui les reçoit, le plus important est que la réglementation a été éliminée. Nous devons étudier l'expérience des États-Unis parce que j'ai bien peur que nous soyons à la veille de marcher sur leurs traces.

Nous avons besoin d'un cadre réglementaire solide, non seulement pour les services dispensés par nos hôpitaux et nos médecins, tels qu'ils sont prévus actuellement par la Loi canadienne sur la santé, mais aussi lorsque nous envisageons les soins de longue durée et les soins à domicile qui sont la voie de l'avenir dans la prestation des soins de santé dans ce pays, et le cadre réglementaire doit exister. Nous devons étudier les expériences des pays où ce cadre était absent. Voilà l'origine de notre fixation sur cette question.

Enfin, je représente les personnes qui travaillent dans le système pour assurer la prestation des soins, qui se débattent avec les réalités des cadres réglementaires dans lesquels nous évoluons. Si vous devez ponctionner une partie de votre investissement pour couvrir la marge bénéficiaire de vos actionnaires, cela signifie que vous aurez en bout de ligne moins de temps à consacrer aux soins. C'est ainsi que les choses se sont passées dans les maisons de soins en Ontario. Vous pouvez parler à n'importe quelle aide-infirmière ou infirmière autorisée qui travaille dans le système, elles ne feront que vous répéter encore et encore que c'est bien ce qui est en train de se passer.

M. McBane: J'aimerais répondre brièvement à deux remarques qu'a faites le sénateur Morin, dont l'une portait sur les maisons de soins.

C'est vrai que notre exposé comporte des lacunes. Certaines références devraient s'y trouver. Nous en avons inclus certaines sur notre site Web. Une étude extrêmement importante, encore plus récente que celle que vient de mentionner le Dr Morin, a été effectuée en 2001 par une grande firme de services-conseils en gestion, Price Waterhouse. On peut la consulter sur le site Web de l'Ontario Association of Non-Profit Homes. Il s'agit d'une étude tout à fait crédible qui établit des comparaisons entre des provinces canadiennes, notamment l'Ontario, et plusieurs États américains et autres administrations dans des pays étrangers.

Je conteste l'affirmation du Dr Morin comme quoi le Canada posséderait une meilleure réglementation que les États-Unis. La raison pour laquelle nous sommes au courant des abus qui ont cours chez nos voisins tient au fait que ce pays a un meilleur système d'inspection. Nous ne pouvons pas présumer que de tels abus ne se produisent pas nos maisons de soins à but lucratif. C'est tout simplement que nous ne voulons pas le savoir.

In Ontario, as Ms Connors just mentioned, the Harris government abolished the minimum nursing care regulation for residents. The United States government asked for two hours per resident per day. That is the United States regulation, which Dr. Morin says is very weak. Ontario has no minimum requirement. The Price Waterhouse study found that the average nursing care per resident per day in Ontario, where Extendicare and other companies are providing the services, is 15 minutes.

The *Ottawa Citizen* of February 20 has a story called "Long-term care falling apart. Situation becoming critical for elderly in homes."

We will update our references. It is true that we need to deal more with the Canadian situation. I would encourage your committee to look more at the long-term care situation.

Finally, I have a few words about the options laid out by your committee's report. Do not look at my reaction. I saw the reaction that you received from across the country. I read some of the correspondence you have received from mainstream health research organizations that found that your presentation of the options was biased. They have not said the same about Commissioner Romanow.

The Deputy Chairman: I would be very interested to see what Commissioner Romanow said, in any event, because he did not seem to say much about anything. We are trying to put all the options across for a good cross-section debate on this.

We will make note of the references you made in Ontario. We cannot get hung up on the situation in Ontario. Ultimately, we are trying to deal with this whole issue from a federal perspective. However, those references you made specifically about Ontario are very helpful to us.

Senator Keon: I would like to take advantage of the enormous intellectual wealth of Dr. Relman. I could just repeat everything that Dr. Morin said. I also read every issue of *The New England Journal of Medicine* for the last 30 years. Dr. Relman, I think I have read most of what you have written. I truly admire what you have to say.

Let me give you a structural framework for your answer. Canada has a health care system that has become a national icon. I think the population at large is absolutely terrified of anyone mucking with it and changing anything. The majority of Canadians feel that way. Paradoxically, we have provincial premiers from Vancouver to Nova Scotia screaming that they are going bankrupt.

En Ontario, comme vient de le mentionner Mme Connors, le gouvernement Harris a aboli la réglementation minimale des soins infirmiers pour les résidents. Aux États-Unis, le gouvernement a exigé que l'on consacre à chaque résident deux heures de soins par jour. Telle est la réglementation qui prévaut aux États-Unis et que le Dr Morin juge très déficiente. En Ontario, il n'existe aucune norme minimale. L'étude réalisée par Price Waterhouse a montré que, en Ontario, en ce qui a trait aux soins, où les services sont assurés par Extendicare et d'autres entreprises, on consacre en moyenne 15 minutes à chaque résident par jour.

Dans son numéro du 20 février, l'*Ottawa Citizen* titrait «Les soins de longue durée sont en train de s'effondrer. La situation devient critique pour les personnes âgées qui vivent dans les maisons de soins,»

Nous allons mettre nos références à jour. Je suis d'accord avec vous que nous devrions parler davantage de la situation canadienne. J'encourage votre comité à examiner de plus près la situation des soins de longue durée.

Enfin, j'aimerais dire quelques mots au sujet des options présentées dans le rapport de votre comité. Ne regardez pas ma réaction. J'ai vu les réactions que vous avez suscitées aux quatre coins du pays. J'ai lu certaines des lettres que de grandes organisations de recherche en santé vous ont adressées et qui disaient que votre présentation des options était biaisée. Elles n'ont pas dit la même chose au sujet du rapport intérimaire du commissaire Romanow.

La vice-présidente: J'aimerais beaucoup entendre ce que le commissaire Romanow a dit, quoi qu'il en soit, parce qu'il ne semble pas avoir dit grand'chose de toute façon. Nous nous efforçons de faire connaître toutes les options possibles de manière à susciter un débat en profondeur sur cette question.

Nous prenons bonne note des références que vous nous avez données en Ontario. Mais, nous ne pouvons pas nous concentrer uniquement sur la situation qui prévaut dans cette province. En bout de ligne, nous essayons de considérer toute la situation en adoptant une perspective fédérale. Toutefois, ces références que vous avez faites précisément au sujet de l'Ontario nous seront très utiles.

Le sénateur Keon: J'aimerais profiter de l'énorme richesse intellectuelle du Dr Relman. Je suis tout à fait d'accord avec tout ce que vient de dire le Dr Morin. J'ai également lu chaque numéro du New England Journal cf Medicine depuis les 30 dernières années. Docteur Relman, je pense avoir lu pratiquement tout ce que vous avez publié. Je vous admire sincèrement pour vos idées.

Permettez-moi de donner un cadre structurel à votre réponse. Le système de soins de santé du Canada est devenu en quelque sorte une icône nationale. À mon avis, la population en général est absolument terrifiée à l'idée que quiconque puisse vouloir y fourrer son nez et y changer quoi que ce soit. La majorité des Canadiens pensent de cette façon. D'un autre côté, les premiers ministres des provinces, de Vancouver à la Nouvelle-Écosse hurlent qu'ils s'en vont à la ruine.

We have a tremendous number of services that are not insured and people have to pay for them privately. For those of us involved in health care, we hear individuals who want to get out of having to pay for their sophisticated drugs, for home care that is not covered, for physiotherapy, et cetera.

Here we are at this crossroads where we are pretty well covered for hospital and physician services, although I must say our hospitals depend a great deal on income generation from our rich patients, in other words, from private and semi-private accommodations. All medical services are not covered either. There are some 25 or so services that have been delisted over the past few years.

We have the problem of how to deal with the drugs that are not covered and with people who cannot afford private and semi-private coverage, but who want it for some reason. I must say these are usually covered on a compassionate basis, but the situation is becoming a big problem.

The prevention programs are not covered. Particularly, in cardiovascular disease, it is a tremendous hole in our system now.

We cannot organize primary care because our physician remuneration system does not fit with an integrated team of health professionals; regional clinics; problems with homecare; and, of course, the private clinics that are springing up.

We are just north of the U.S. and rich people who become fed up with the queues in health care services simply go south. They think the system is great because they can receive same-day treatment. They find the American system to be just great. I am told that all the time. On the other side of the ocean, we have the various European systems that are hybrids of the Canadian and the American systems. Most of them work quite well.

It does not seem to be saleable to our federal and provincial governments at this time to come out and say that they have to cover all the costs. Governments believe that would bankrupt the country. Yet, there is tremendous concern, as you have heard from colleagues on both sides this morning, about creeping privatization.

If you were brought in as the "great consultant" to tell our federal and provincial ministers of health about how to proceed from this point, what would you recommend?

Dr. Relman: Senator Keon displays the characteristics of a fine doctor; he gets right to the core. He wants to know the problem and how to solve it. That is the way to approach it.

Quantité de services ne sont pas assurés et les gens doivent payer pour ces services à titre privé. Quant à ceux d'entre nous qui oeuvrons dans le domaine des soins de santé, nous entendons des personnes nous dire qu'elles voudraient ne plus avoir à payer pour leurs médicaments sophistiqués, pour des soins à domicile qui ne sont pas couverts, pour la physiothérapie, et cetera...

Nous voici à la croisée des chemins et nous constatons que nous sommes fort bien protégés pour ce qui est des services hospitaliers et des médecins, même si je dois dire que nos hôpitaux dépendent dans une grande mesure des revenus générés par nos patients plus riches, autrement dit, ceux qui prennent des chambres privées et semi-privées. Tous les services médicaux ne sont pas couverts eux non plus. Ces dernières années, il y a eu environ 25 retraits de la liste des services assurés.

Nous devons aussi trouver le moyen de régler le problème des médicaments qui ne sont pas assurés et des personnes qui ne peuvent se permettre de prendre une chambre privée ou semi-privée, mais qui tiennent à en avoir une malgré tout. Je dois dire qu'habituellement, ces besoins sont comblés par mesure de commisération, mais la situation est en passe de créer un énorme problème.

Les programmes de prévention ne sont pas assurés. Dans le domaine des maladies cardiovasculaires en particulier, il s'agit d'une énorme lacune dans notre système actuellement.

Nous ne pouvons pas organiser les soins primaires parce que le système de rémunération des médecins est incompatible avec une équipe intégrée de professionnels de la santé; il y a en outre les cliniques régionales; les problèmes des soins à domicile et, bien entendu, les cliniques privées prolifèrent.

Nous sommes juste au nord des États-Unis et les gens aisés qui en ont assez de faire la file pour obtenir des services de santé s'adressent à nos voisins du sud. Ils trouvent que leur système est fantastique parce qu'ils peuvent recevoir le traitement le jour même. Ils trouvent le système américain extraordinaire. On me dit cela sans arrêt. De l'autre côté de l'Atlantique, les divers systèmes européens sont en quelque sorte des hybrides des systèmes canadien et américain. La plupart d'entre eux fonctionnent assez bien.

Il ne semble pas possible pour le moment pour nos administrations fédérale et provinciales de dire qu'elles vont assumer tous les coûts. Les gouvernements pensent que cela conduirait le pays à la faillite. Et pourtant, la privatisation galopante semble susciter une une très grande inquiétude chez tous, de quelque bord que l'on se trouve, comme vous avez pu l'entendre ce matin.

Si on devait vous mandater à titre de «grand conseiller» auprès de nos ministres fédéral et provinciaux de la Santé afin de les guider sur ce qu'ils devraient faire à partir de maintenant, que leur diriez-vous?

Dr Relman: Le sénateur Keon possède toutes les caractéristiques d'un bon médecin; il va droit au but. Il veut connaître le problème et comment le régler. C'est effectivement la bonne manière de l'aborder.

If I had hours rather than a minute or two, I still could not satisfy all the questions that you raise. I can only indicate to you a process by which Canada or any other country in Canada's position might begin to look at the problem.

Everything comes down to money and the services that you believe your citizens must have. The question is: How much money can the nation afford to spend to provide those services that all citizens of Canada ought to have? How much money can we spend? How can we devise a system that provides it as efficiently, as competently and as compassionately as possible?

That will require you to think about overall public finance problems, insurance problems, coverage problems and how much you want to spend. It will also require you, as it will require us in the States, to take a hard look for the first time at the delivery system.

Senator Keon, you and I grew up in a system in which a hard working doctor, who was competent and knew well his or her craft, could go out there as an individual practitioner and only worry about the quality of his or her work knowing that he or she would earn a fair living and the respect and admiration of his or her patients. There was no problem, if you were good, honest and took good care of your patients.

In the United States those days are gone forever. That is why I said: "I grew up in that good old-fashioned system." When people could not afford to pay, you would give it to them for free. Why? Because you did not worry about your income; you had the time and resources to do it; and you knew that you were not about to be killed by the economy that was closing in around you. It was an open economy. That no longer exists.

The only way that good doctoring and compassionate patient care can survive in the new economic climate is by teamwork and by removing all the economic incentives that all providers might have, to provide more than is essential, more than is right and good medically, or less. Remove all the economic assistants and pay good doctors and good nurses for being good professionals. Pay for their time; expect them to deliver a high quality product that meets the highest possible standards; and do not treat their profession any longer as a business. You are right, Senator Morin, at one time it was an honourable, small business. It cannot work that way today because of the limitation of resources and the enormous costs of providing really good care.

We must be extremely wary of outsiders who do not know the health care system and who do not have the overriding professional commitment that professional providers have. We must be careful not to allow those outsiders, who may be Si je disposais de quelques heures plutôt que d'une minute ou deux, je n'arriverais même pas à répondre à toutes les questions que vous soulevez. Je ne peux que vous indiquer la manière dont le Canada ou tout autre pays dans la même situation devrait aborder le problème.

Finalement, on en revient toujours à l'argent et aux services auxquels vous pensez que vos citoyens sont en droit d'attendre. Voilà tout. La question à se poser est la suivante: de combien d'argent le pays dispose-t-il pour fournir ces services auxquels tous les citoyens devraient avoir accès? Quelle somme pouvons-nous dépenser? Comment concevoir un système qui en assurera la prestation avec autant d'efficacité, de compétence et de compassion que possible?

Pour trouver la solution, vous devez réfléchir à l'ensemble des problèmes de financement public, aux problèmes d'assurance, à la protection offerte et à la somme que vous voulez dépenser. Il vous faudra aussi, comme pour nous aux États-Unis, regarder de très près ce qui se passe dans le système de prestation des services.

Sénateur Keon, vous et moi avons grandi dans un système où un médecin qui ne rechignait pas à la tâche, était compétent et connaissait bien son métier, pouvait ouvrir un cabinet et ne se préoccuper que de la qualité de son travail tout en sachant qu'il pouvait gagner très bien sa vie et se mériter le respect et l'admiration de ses patients. Il n'y avait pas de problème, si vous étiez compétent, honnête et si vous preniez grand soin de vos patients.

Aux États-Unis, cette époque est complètement révolue. C'est la raison pour laquelle j'ai dit que j'avais grandi au bon vieux temps. Lorsque les gens ne pouvaient pas payer, vous pouviez leur dispenser vos soins gratuitement. Pourquoi? Parce que vous n'aviez pas de souci à vous faire au sujet de votre revenu; vous aviez le temps et les ressources pour le faire et vous saviez que vous ne seriez pas éliminé par une économie qui vous serre de plus en plus près. Nous vivions dans une économie ouverte. Ce temps est révolu.

Le seul moyen de préserver les bonnes pratiques de médecine et les soins empreints de compassion dans notre nouveau climat économique consiste à avoir recours au travail d'équipe et à éliminer toutes les mesures d'encouragement économique que les fournisseurs ont inventées afin de fournir plus que l'essentiel, plus que ce qui est juste et bien sur le plan médical ou alors moins. Éliminez tous les incitatifs économiques et rémunérez les bons médecins et les bonnes infirmières parce qu'ils sont de bons professionnels. Payez-les pour leur temps; attendez-vous à ce qu'ils donnent un produit de haute qualité qui respecte les normes les plus élevées possibles; et cessez de traiter leur profession comme s'il s'agissait d'une entreprise. Vous avez raison, sénateur Morin, il fut un temps où il s'agissait d'une petite entreprise honorable. Mais nous ne pouvons pas fonctionner de cette façon aujourd'hui en raison de la limitation des ressources et des coûts énormes rattachés à la prestation de vrais bons soins.

Nous devons nous montrer extrêmement prudents à l'endroit des fournisseurs externes qui connaissent mal le système de soins de santé et qui ne sont pas assujettis au même engagement professionnel prépondérant que les fournisseurs professionnels.

investors and honest but aggressive businessmen, exploit the system. I have nothing against businessmen, and if I had the money, I would invest in American business. I do not oppose the business approach, but in health care, I do not see that the purely business approach of investing adds anything.

We have to devise a system that is economical and makes good business sense, but is basically not-for-profit; it is for the people. Doctors and nurses ought to be paid well and receive the respect that they deserve, but they ought to be paid for their effort and not paid on a piecework basis. That is where the future is.

Senator Cordy: I, too, find the document by the Canadian Health Coalition offensive. I do not have a medical background. but I want to let you know that the whole tone of the proposal undermines the hard work of the committee. Indeed, we have worked truly as a committee. I do not think any one would suggest that we are sheep. We have all contributed to every volume of the document that we have been working on.

Ms Connors in your presentation on page six one of your recommendations is to

Spend the money accountably. Attach strings to any money provided to the provinces.

That sounds good in theory, but I am sure you are aware that the provinces hold dearly to the fact that they are in control of health care in the provinces, and they do not like to be told how to spend the federal transfer money.

Could you expand on how that would work, because we should always strive for accountability?

Ms Connors: I have been a nurse for 30 years. When I graduated from nursing, I believed that we needed primary health care reform. Thirty years later I am still here telling committees that we still need primary health care reform. People who care about health care ask why it is not happening. People who have worked in the system have called for this reform.

There are blockages somewhere. There is a lack of political will in taking on power brokers in the system and in multidisciplinary practices and those types of issues.

On the issue of primary health care reform, the federal government put strings on the money and told the provinces if that they did primary health care reform, the money had to be used on primary health care reform and pilot projects had to be put in place. The provinces came forward. Saskatchewan had numbers of pilot projects, which showed unequivocally that this is

Nous devons faire très attention pour ne pas laisser ces fournisseurs externes, qui sont peut-être des investisseurs et des hommes d'affaires honnêtes, mais déterminés, exploiter le système. Je n'ai rien contre les hommes d'affaires, et si j'avais de l'argent, je l'investirais dans des entreprises américaines. Je ne m'oppose pas à l'approche commerciale, mais dans le domaine des soins de santé, je ne pense pas que l'approche pure et dure de l'investissement apporte quoi que ce soit.

Nous devons construire un système qui soit économique et rentable, mais un système qui soit fondamentalement sans but lucratif; c'est un système conçu pour la population. Les médecins et les infirmières sont en droit d'être bien rémunérés et d'obtenir le respect auquel ils ont droit, mais ils doivent être payés pour leurs efforts, et non à l'acte. À mon avis, l'avenir va dans ce sens.

Le sénateur Cordy: Moi aussi, je trouve que le document de la Coalition canadienne de la santé est offensant. Je n'ai pas fait d'études médicales, mais je tiens à ce que vous sachiez que le ton général de votre proposition mine les efforts consentis par le comité. Et pourtant, Dieu sait que nous avons travaillé comme un comité. Je ne pense pas que quiconque puisse suggérer que nous sommes un troupeau de moutons. Nous avons tous contribué à chacun des volumes de ce document.

Madame Connors, dans votre mémoire, vous recommandez à la page six ce qui suit:

Dépenser l'argent de façon responsable. Obliger les provinces à rendre des comptes sur les contributions qu'elles reçoivent.

Cette recommandation sonne bien en théorie, mais je suis persuadée que vous savez que les provinces tiennent absolument à conserver leurs prérogatives en matière de contrôle des soins de santé dans leur sphère respective et qu'elles n'apprécient guère de se faire dire comment dépenser les contributions du gouvernement fédéral.

Pourriez-vous nous donner des précisions sur ce que vous entendez exactement, parce que nous devrions toujours viser la responsabilisation?

Mme Connors: J'ai été infirmière durant 30 ans. Lorsque j'ai obtenu mon diplôme d'infirmière, j'étais convaincue que nous avions besoin d'une réforme des soins primaires. Trente ans plus tard, je suis encore là à dire à des comités qu'il faut opérer une réforme des soins primaires. Les gens qui se préoccupent des soins de santé demandent pour quelle raison cette réforme n'a pas lieu. Ceux qui ont oeuvré dans le système ont réclamé cette réforme.

Il doit y avoir des blocages quelque part. On sent un manque de volonté politique d'assumer les responsabilités en ce qui concerne le système et les pratiques multidisciplinaires et des questions de ce genre.

En ce qui concerne la question de la réforme des soins primaires, le gouvernement fédéral a imposé des obligations en contrepartie de ses contributions aux provinces à ce titre. Il les a informées que si elles prenaient la décision de procéder à une réforme, elles seraient tenues d'utiliser ces sommes à la réforme des soins primaires et que des projets pilotes devaient être mis en

the way of the future for delivering health care services, not only there but elsewhere in the country. There were strings attached there.

With respect to acquisition of new technology, the federal government put strings on the money by stating the amount of dollars available in a budget line and the provinces could use that money to acquire technology. This has existed.

The provinces are reluctant. We know that provinces take that money and squander it. The first thing that the new B.C. government did in power was give a tax cut to people who probably least require a tax cut. Business and the richer people benefited most from that tax cut. Were they spending the money on new technology?

Strings being attached is the issue. There should be a political will to say that home care programs are a priority. Senator Keon has stepped out to talk about an issue of prime importance. Strings for palliative care could improve how we, as a country, provide care for people who are dying. That kind of leadership could be in place if there were strings on federal dollars flowing to the provinces.

We must go back and consider how we got hospitals in this country. It was because of strings. Every dollar that a province spent on building a hospital was matched with a dollar from the federal government.

As nurses, we have said, from our organization's perspective, for as long as I have been president, which is some 12 years, that sort of program should be in place for long term care and for home care in order to build the infrastructure that is necessary to move beyond the walls of hospitals and to make health care truly seamless. There are ways of getting at it.

The issue of health human resources is primary. There should be strings from the federal government to the provincial governments around available dollars to assist the province in enhancing the need for family physicians, sufficient numbers of nurses and radiation therapists and all the people who are absolutely essential to providing care to Canadians.

The Deputy Chairman: That was a very spirited answer, and a fine president you have been too. I guess you will continue, Ms Connors.

Ms Connors: It is a political issue. It is all related to elections.

place. Les provinces ont donné leur accord. La Saskatchewan a mis sur pied un certain nombre de projets pilotes, qui ont montré de façon non équivoque que c'était la voie à suivre dans le futur en matière de prestation de soins de santé, non seulement dans cette province, mais partout ailleurs au pays. Dans ce cas précis, il y avait des obligations de rendre compte de l'utilisation des contributions.

Pour ce qui est de l'acquisition de la nouvelle technologie, le gouvernement fédéral a imposé des obligations de rendre compte de la façon dont les sommes étaient dépensées en indiquant le montant disponible en dollars pour un certain article d'exécution et les provinces pouvaient utiliser ces sommes pour acquérir de la technologie. Ces obligations ont déjà existé.

Mais les provinces sont réticentes. Nous savons qu'elles acceptent ces contributions et qu'elles jettent l'argent par les fenêtres. La première chose que le nouveau gouvernement de la Colombie-Britannique a faite en arrivant au pouvoir a été d'accorder une réduction d'impôt aux personnes qui en avaient le moins besoin. Les entreprises et les gens riches ont bénéficié de cette réduction d'impôt. Est-ce que l'on dépensait cet argent pour acheter de la nouvelle technologie?

L'obligation de rendre compte des dépenses est véritablement au coeur de la question. On devrait sentir une volonté politique de dire que les programmes de soins à domicile sont une priorité. Le sénateur Keon a pris les devants pour parler d'un problème de première importance. En effet, la responsabilisation dans le domaine des soins palliatifs pourrait améliorer la manière dont les soins sont dispensés aux personnes en phase terminale. Ce type de leadership pourrait être mis en place si on exigeait des provinces qu'elles rendent compte de l'utilisation des contributions versées par le gouvernement fédéral.

Nous devons revenir en arrière et regarder comment nous avons obtenu nos hôpitaux dans ce pays. Le gouvernement fédéral a contribué un dollar pour chaque dollar dépensé par une province pour construire un hôpital.

En tant qu'infirmières, et cela reflète le point de vue de notre organisation depuis que j'en suis la présidente, c'est-à-dire presque 12 ans, nous avons déclaré que ce genre de programme devrait être mis en place pour les soins de longue durée et les soins à domicile afin de mettre en place l'infrastructure nécessaire pour sortir des murs des hôpitaux et faire en sorte que les soins de santé soient dispensés sans discontinuité. Il y a des moyens d'y arriver.

La question des ressources humaines en santé est cruciale. Le gouvernement fédéral devrait imposer aux provinces des obligations en ce qui concerne les contributions disponibles pour les aider à combler les déficits en matière de médecins de famille, d'infirmières et de radiologistes et pour toutes les personnes qui sont absolument essentielles à la prestation des soins à tous les Canadiens.

La vice-présidente: Je salue la réponse inspirée de l'excellente présidente que vous avez été. Je suppose que vous voulez continuer madame Connors?

Mme Connors: C'est une question de politique. Tout dépend des élections.

The Deputy Chairman: You have the secret, obviously. On behalf of the committee, I thank the witnesses very sincerely.

We will spend the next three-quarters of an hour with the next witnesses from the Federal Superannuates National Association, FSNA. The last time these witnesses appeared was when we were running behind schedule in Fredericton in the middle of a storm with high winds. The association gave us its brief, but, because of time, it was not able to properly verbalize it and now will pick up from there.

I would like to welcome Mr. Heath and Mr. Guy from the FSNA. Thank you for appearing before our committee and giving us a second chance.

Mr. Rex G. Guy, National President, Federal Superannuates National Association: Thank you for giving us a second chance, Madam Chairman. We are grateful for the opportunity to appear before you again.

At the outset I will say that this morning was a very rewarding experience for us. I am glad that we were able to sit through the previous proceedings.

On the discourse between professionalism and medical professionalism, I would like to note that I am here simply because of the medical professionalism of those like Senator Keon, who, two years ago, gave me an aortic implant that saved me from not being able to be here today.

Those honourable senators present at the consultation meeting in Fredericton on November 8, 2002 will recall that for logistic reasons we were not able to make our presentation, although we did table it for your consideration. It is not my intention to repeat what was contained in that presentation. I will, however, expand on points raised in that document and discuss other points. We will be pleased to respond to questions at the conclusion of our brief presentation.

With me is Mr. Roger Heath, a research officer with our association. He has been analyzing the entire debate on the future of our health care system. I am also supported by the association's executive director, Mr. Jean-Guy Soulière and the deputy executive director, Mr. Keith Patterson.

As you already have the background on our association and whom it represents, I will move on.

The majority of our members lived in Canada before the introduction of medicare some 40 years ago. They know and understand the hardships that many Canadians and Canadian families faced.

Many of the individuals who are now crying for drastic changes to the system were born after medicare was introduced. Many of them do not understand the consequences of destroying La vice-présidente: Vous savez vous y prendre, de toute évidence. Au nom de mes collègues, je remercie sincèrement tous les témoins.

Nous consacrerons les trois-quarts d'heure qui restent à nos prochains témoins qui représentent l'Association nationale des retraités fédéraux ou l'ANRF. Ces témoins s'étaient présentés devant le comité à Fredericton, mais nous avions pris du retard sur notre horaire et nous trouvions au beau milieu d'une grosse tempête de vent. L'association nous avait remis son mémoire, mais elle avait manqué de temps pour nous le présenter. Aussi, nous allons reprendre là où nous avions terminé.

J'aimerais souhaiter la bienvenue à M. Heath et M. Guy de l'ANRF. Merci d'avoir accepté de venir témoigner devant notre comité et de nous donner une deuxième chance.

M. Rex G. Guy, président national, Association nationale des retraités fédéraux: Merci à vous de nous donner une deuxième chance, madame la présidente. Nous sommes reconnaissants d'avoir la possibilité de revenir.

D'entrée de jeu, je tiens à vous dire que cette matinée a été des plus instructives. Je suis heureux d'avoir pu assister aux témoignages précédents.

En ce qui concerne le débat entourant le professionnalisme et le professionnalisme médical, je tiens à souligner que, si je peux me présenter devant vous aujourd'hui, c'est justement grâce au professionnalisme médical de personnes comme le sénateur Keon, qui, il y a deux ans, m'ont fait subir une greffe de l'aorte sans laquelle je ne serais peut-être pas des vôtres aujourd'hui.

Les honorables sénateurs qui étaient présents lors de la réunion de consultation tenue à Fredericton, le 8 novembre 2001, se rappelleront que pour des raisons de logistique nous n'avions pas été en mesure de présenter notre exposé, même si nous avions déposé notre mémoire pour étude. Je n'ai pas l'intention de répéter le contenu de cet exposé. Je me permettrai toutefois de donner des explications sur certains points que nous soulevions alors et d'en développer d'autres. Nous répondrons avec plaisir à vos questions à la fin de notre bref exposé.

Je suis en compagnie de M. Roger Heath, qui est attaché de recherche auprès de notre association. Il a analysé l'ensemble du débat en cours sur l'avenir de notre système de soins de santé. Je bénéficie également de l'appui du directeur exécutif de l'association, M. Jean-Guy Soulière et de son directeur adjoint, M. Keith Patterson.

Comme vous connaissez déjà les antécédents de notre association et ceux que nous représentons, je vais commencer dès maintenant.

La plupart de nos membres vivaient au Canada bien avant l'introduction du régime public d'assurance-maladie, il y a environ 40 ans. Ils connaissent et comprennent les tribulations que bien des Canadiens et leurs familles ont dû endurer.

Bon nombre de ceux qui réclament à grands cris des changements radicaux dans notre système sont nés après sa mise en oeuvre. Et beaucoup ne comprennent pas les our system. It is paramount that a comprehensive, efficient and effective public health care system be available to all Canadians now and in the future.

To ensure that we implement a fair, equitable, efficient and effective health care system resulting from the ongoing review, there must be the political will to make it happen. The continuing useless, meaningless and dangerous bickering between federal and provincial politicians must stop. We urge our politicians to rise above who is right, and do what is right.

We have followed the debate on the future of our health care system carefully. We have conducted research in many areas. We have consulted our more than 120,000 members in the 80 branches across the country and we have discussed the issues with the 11 other seniors groups that form the Congress of National Seniors Organizations. The 12 members of the Congress represent approximately 2 million older Canadians.

Based on this, FSNA makes the following recommendations. They are recommendations that will not reorganize the Canadian health system. They are recommendations that are of primary interest to our members. The concerns that our members have expressed to us are represented in the recommendations that we are proposing to you.

The first recommendation is that the five principles of the Canada Health Act be reaffirmed. Those five principles are objectives and, as such, do not prevent innovation or reform, as many have complained. The five principles are to be considered as the basis for policy. They must be uniformly understood across the country and uniformly applied to eliminate what now exists across this country, which is a different medicare system in each province and territory.

There is no doubt that the principles need redefinition to reflect today's context and environment. For example, the term "medically necessary" has different meaning in different provinces. This alone prevents a consistent approach to uniform services across the country.

We recommend that more funding be provided to health care. It is our conclusion that Canadians are willing to pay more to ensure a quality health care system. That the funding comes from federal taxes, provincial taxes or directly from individuals is of little consequence. The taxpayer pays for everything. The money comes from your wallet and mine.

However, the money must go to health care, and we must ensure all necessary changes are made to the existing health care system. There are many changes that can be made to ensure conséquences qui résulteraient de la destruction de notre système de santé. Il est absolument primordial que tous les Canadiens puissent compter sur un système de soins de santé public, efficace, efficient et complet, aujourd'hui et dans le futur.

Mais pour que l'exercice en cours débouche sur la mise en oeuvre d'un système juste, équitable, efficient et efficace, il faudra une volonté politique d'y arriver. Les sempiternels tiraillements inutiles, absurdes et dangereux entre les politiciens des gouvernements fédéral et provinciaux doivent cesser. Nous supplions nos politiciens de cesser de vouloir à tout prix montrer qui a raison, pour enfin retrousser leurs manches et se mettre au travail.

Nous avons suivi le débat sur l'avenir de notre système de soins de santé avec intérêt. Nous avons réalisé des recherches dans de nombreux domaines. Nous avons consulté plus de 120 000 membres des 80 divisions de tout le pays, et nous avons discuté des problèmes avec les 11 autres groupes de retraités formant le Congress of National Seniors Organizations. Les 12 organisations membres du congrès représentent environ 2 millions de Canadiens âgés.

En s'inspirant des résultats de cet exercice, l'ANRF fait les recommandations suivantes. Ces recommandations ne serviront pas à réorganiser le système de soins de santé canadien. Elles décrivent les intérêts primordiaux de nos membres. Elles traduisent leurs préoccupations et nous tenons à vous les présenter.

La première de ces recommandations est que les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé soient réaffirmés. Ces cinq principes sont des objectifs, et à ce titre, ils n'empêchent pas l'innovation ou la réforme, malgré les doléances de certains. Ces cinq principes doivent être considérés comme le fondement de la politique. On doit leur donner la même signification dans tout le pays, et les appliquer uniformément d'est en ouest afin d'éliminer les différences qui existent aujourd'hui entre les régimes d'assurance-maladie de chaque province et territoire.

Il ne fait aucun doute que ces principes doivent être redéfinis afin de refléter la réalité et l'environnement dans lesquels nous vivons aujourd'hui. Par exemple, l'expression «services médicalement nécessaires» prend une signification différente selon les provinces. Cette seule distinction nous empêche d'adopter une approche unique des services de santé à l'échelle du pays.

Nous recommandons que l'on augmente les dépenses au titre des soins de santé. Nous sommes arrivés à la conclusion que les Canadiens sont prêts à payer davantage pour pouvoir bénéficier d'un système de qualité. Peu importe que ce financement provienne des impôts du gouvernement fédéral, des provinces ou directement des particuliers. De toute manière, en dernier ressort, c'est toujours le contribuable qui paie. L'argent sort de votre portefeuille et du mien.

Cependant, cet argent doit servir à financer les soins de santé et nous devons nous assurer que tous les changements nécessaires seront apportés au système existant. Il y a beaucoup à faire si savings and efficiencies. I will make a few recommendations on how the system can be made more efficient and how savings can be realized.

We recommend that a universal pharmacare program for all Canadians be implemented. It is our view that the implementation of such a system would save money. It is evident that there could be an increase in government's cost, but the overall cost to those who pay — you and me — we estimate, would be less.

Why is that? If the whole country buys most of its drugs in a coordinated way, very significant discounts could be achieved. The program could encourage practices that would economize, such as reference drug prescribing. Moreover, effective drug use reduces the demand on other parts of the system.

Furthermore, as your committee has pointed out, we have a problem because Canadian governments have little experience with user fees and mechanisms that truly integrate public and private insurance. Private insurance and user fees for drugs are common in Canada. A national pharmacare program could give us experience in such arrangements.

We recommend that home care be made a part of the Canada Health Act. Like pharmacare, some provinces provide home care to some people, and some provinces do not. Again, this illustrates how the current principles of the Canada Health Act are interpreted differently and raises the issue of equitable services for all Canadians.

The restructuring of health care in the 1990s and the evergrowing practice of early discharge from acute care hospitals has resulted in an increased demand for home care. In spite of this, home care has not received sufficient funds to keep up with the hospital discharges. The current investment in home care is woefully inadequate.

Government funding for home care would be seen by many as replacing private funding, and this is a consideration. Let me quote from a recent presentation made by the Congress of National Senior's Organizations, of which, as mentioned earlier, we are a member.

The Congress of National Senior's Organizations a couple of weeks ago told the Romanow Commission that:

Home care and home support services help seniors maintain their independence. These services delay and even prevent institutionalization while promoting the social integration of seniors. Home care can contribute to lower costs for the nous voulons réaliser des économies et améliorer la rentabilité aussi j'aimerais vous faire part de certaines recommandations qui, à mon avis, nous permettraient de réaliser notre objectif.

Nous recommandons l'instauration d'un programme universel d'assurance-médicaments pour tous les Canadiens. Nous pensons qu'un tel système permettrait d'économiser de l'argent. Il est évident que les gouvernements verraient leurs coûts augmenter, mais le coût global pour ceux qui paient — c'est-à-dire, vous et moi, serait selon nous moindre.

Et pourquoi? Parce que, selon nous, en coordonnant l'achat de médicaments à l'échelle du pays, nous devrions pouvoir obtenir des escomptes importants. Ce programme favoriserait l'adoption de pratiques susceptibles de nous faire réaliser des économies, comme la prescription de médicaments standard. Par ailleurs, une utilisation efficace des médicaments réduit la demande sur les autres parties du système.

De plus, comme l'a souligné votre comité, nous avons un problème parce que nos gouvernements au Canada ont très peu d'expérience en matière de participation aux frais et de mécanismes qui intègrent réellement l'assurance publique et l'assurance privée. Pourtant, l'assurance privée et la participation aux frais pour des médicaments sont monnaie courante au Canada. Un programme national d'assurance-médicaments permettrait d'acquérir de l'expérience dans ce type d'arrangements.

Nous recommandons aussi que les soins à domicile soient intégrés à la Loi canadienne sur la santé. Il en va comme pour l'assurance-médicaments, certaines provinces fournissent des soins à domicile, tandis que d'autres provinces ne le font pas. Cet exemple illustre une fois de plus à quel point les principes actuels de la Loi canadienne sur la santé sont interprétés différemment et il soulève la question de la prestation de services équitables pour tous les Canadiens.

La restructuration des soins de santé des années 90 et la pratique de plus en plus répandue qui consiste à donner un congé précoce aux patients qui reçoivent des soins de courte durée dans les hôpitaux ont entraîné un accroissement de la demande pour les soins à domicile. Et malgré cela, les soins à domicile n'ont pas reçu les fonds suffisants pour suivre l'évolution des congés d'hôpitaux. L'investissement actuel au titre des soins à domicile est cruellement insuffisant.

Le financement public des soins à domicile pourrait être vu par d'aucuns comme venant remplacer le financement privé, et cela mérite considération. Permettez-moi de vous citer un témoignage présenté récemment par le Congress of National Senior's Organizations, dont nous faisons partie, comme je vous l'ai déjà mentionné.

Il y a une ou deux semaines, le Congress of National Senior's Organizations a déclaré en substance à la Commission Romanow que:

Home les soins et les services à domicile aidaient les personnes âgées à conserver leur indépendance. Il a fait valoir que ces services retardent et même éliminent l'institutionnalisation des personnes âgées tout en health care system by reducing pressure on acute care beds for convalescent patients by reducing the demand for long term institutional care by allowing some aging Canadians to maintain independence and dignity in their own homes, and by allowing palliative care patients to spend their final days in the comfort of familiar surroundings.

We recommend that as much emphasis be given to healthiness as is given to health care. Healthiness, as your reports demonstrate, requires more than a well run health sector and involves more ministries than that of health. Education can impart valuable life skills that will support individuals for decades. Community programs for elders can prolong independent living.

Even in its narrow definition, health care is linked to decisions that are sometimes beyond the control of the health sector. For instance, easing of drug advertising rules now under consideration by the federal government could have a very significant impact on drug costs, especially for out-of-pocket household expenses.

Were health care imperatives properly coordinated in the system, rules that limit the advertising of prescription drugs in Canada would not be eased, and American advertisements would be blocked from Canadian cable television. FSNA strongly supports the committee's comments on the need for better coordination among departments and the public on health care issues.

In conclusion, health care is currently a topic of discussion in almost every household in Canada. We are subject to daily bombardment by news media reports predicting the end of the health care system. These reports claim, on one hand, that the system is in crisis, and on the other hand, that it is not. The reports claim that the provinces will go on their own and that we cannot afford the health care system. All these are, to say the least, confusing and terrifying to most Canadians.

There is need for order and objectively in the debate. Your committee has tried to achieve this and we are grateful for that. Canadians must receive correct information if they are to participate actively and purposefully in the debate.

Again, I thank the committee for inviting us to be here today. I would like to add one last thought.

Everyone who has followed the work of this committee must be impressed by the quality of most of the submissions that were made. There is a great deal of commitment, understanding and common sense outside the health sector. Moreover, the committee's pessimism about the prospect of achieving

favorisant leur intégration sociale. Les soins à domicile peuvent contribuer en outre à réduire les coûts du système de soins de santé en diminuant la pression sur l'occupation des lits réservés aux soins actifs destinés aux patients en convalescence et en réduisant la demande pour les lits réservés aux soins de longue durée en institution, on permet ainsi à la population vieillissante de conserver son indépendance et sa dignité et demeurer chez elle et aux patients recevant des soins palliatifs de finir leurs jours dans le confort rassurant de leur milieu familial.

Nous recommandons que l'on accorde autant d'importance au maintien en santé qu'aux soins de santé. Comme le démontre votre rapport, le maintien en santé exige davantage qu'un secteur de la santé bien géré et fait appel à la participation d'autres ministères que celui de la santé. En effet, l'éducation peut inculquer des aptitudes de vie qui accompagneront les personnes durant toute leur vie. Par ailleurs, les programmes communautaires peuvent aider les personnes âgées à conserver leur indépendance plus longtemps.

Même dans leur définition la plus restreinte, les soins de santé sont liés à des décisions qui échappent parfois au contrôle du secteur. Par exemple, l'assouplissement des règles régissant la publicité pour les médicaments que le gouvernement fédéral étudie actuellement pourrait avoir une incidence importante sur les coûts des médicaments, et en particulier sur les dépenses courantes des ménages.

Si le système parvenait à coordonner convenablement les impératifs du système de soins de santé, les règles qui restreignent la publicité sur les médicaments prescrits au Canada ne seraient pas assouplies, et les publicités américaines seraient bloquées à leur arrivée sur le réseau canadien de câblodistribution. L'ANRF appuie vigoureusement les commentaires du comité sur la nécessité de mieux coordonner les actions des divers ministères et du public en matière de soins de santé.

En conclusion, les soins de santé sont de nos jours un sujet de discussion dans pratiquement tous les ménages canadiens. Il ne se passe pas une journée sans que les médias ne publient de rapports nous prédisant la fin de notre système de soins de santé. Ces rapports affirment tantôt que le système est en crise tantôt qu'il ne l'est pas. Les mêmes rapports font valoir que les provinces se débrouilleront seules, et que notre système de soins de santé est au-dessus de nos moyens. Le moins que l'on puisse dire est que toute cette information est à l'origine d'une terrible confusion et de beaucoup d'inquiétude pour la majorité des Canadiens.

Il faut ramener l'ordre et l'objectivité dans ce débat. Votre comité s'y est employé et nous lui en sommes reconnaissants. Pour pouvoir participer activement et sérieusement au débat, les Canadiens doivent recevoir une information exacte.

Je remercie encore une fois le comité de nous avoir invités aujourd'hui. J'aimerais dire une dernière chose.

Tous ceux et celles qui ont suivi les travaux de ce comité ont sans doute été impressionnés par la qualité de la plupart des mémoires qui ont été présentés. On constate qu'il existe énormément d'engagement, de compréhension et de gros bon sens, même à l'extérieur du secteur de la santé. Par ailleurs, le

significant efficiency gains stems not from its impracticality but, in part, from the attitude and behaviour of those with vested interests in the health care system.

The Federal Superannuates National Association strongly urges this committee to recommend mechanisms for continued public involvement in health care policy. Giving people the opportunity to defend their interests may be the only way to break the present impasse.

We are ready for questions.

Senator Morin: I have two questions. You recommend, as have many other organizations, that we should have a national pharmacare program and a home care program. I understand that you also recommend that we abolish user fees in those areas. This would mean that we would have first-dollar coverage in both. We have first-dollar coverage now for hospital care and physician services. We would then have first-dollar coverage in two additional areas that are not covered by medicare: pharmacare and home care. We would have first-dollar coverage for the entire spectrum of the health care delivery system. No other country in the world has done that.

There is nothing wrong with that, but our current spending for our health care delivery system is such that approximately 70 per cent comes from public funding and approximately 30 per cent is from private funding. The highest percentage spent from public funding is found in Sweden, at about 85 per cent. If we adopted such a system, we would have 100 per cent public funding, which would be an extra \$30 billion dollars per year. Did you consider the increase in taxes if there were to be a sudden jump in expenditures of \$30 billion per year? That would be the difference between 70 per cent and 100 per cent public funding.

You said, with reason, that we have a mosaic of health care systems that varies from province to province. The coverage is different in each province, and we do not have portability. What is your answer to that? Do you believe that the federal government should have an increased role to play in our health care system? The federal government currently influences through its funding to the provinces. Do you believe that it should have a different role to ensure that the health care system is similar and portable from one part of the country to the other?

Mr. Roger Heath, Research and Communications Officer, Federal Superannuates National Association: The first question concerns user fees for pharmacare and home care. We consider

pessimisme des membres du comité en ce qui concerne la possibilité de réaliser des gains d'efficience importants ne vient pas du fait que ce soit difficilement réalisable, mais origine plutôt, en partie, de l'attitude et du comportement de ceux qui ont des intérêts directs dans le système de soins de santé.

L'Association nationale des retraités fédéraux exhorte vigoureusement ce comité à recommander la mise en place de mécanismes facilitant la participation continue du public à la politique des soins de santé. Donner à la population l'occasion de défendre ses intérêts est peut-être le seul moyen de franchir l'impasse dans laquelle nous nous trouvons.

Nous sommes prêts à répondre à vos questions.

Le sénateur Morin: J'ai deux questions à vous poser. Vous recommandez, à l'instar de nombreuses autres organisations, que nous instaurions un système national d'assurance-médicaments ainsi qu'un programme de soins à domicile. Vous recommandez aussi que nous abolissions la participation aux frais dans ces domaines. Cela signifie que dans les deux cas nous devrions compter sur une couverture au premier dollar. Il en est déjà ainsi pour les soins hospitaliers et les soins médicaux. Nous aurions alors une couverture universelle au premier dollar dans deux domaines additionnels qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie, soit l'assurance-médicaments et les soins à domicile. Ainsi, la totalité des soins et des services offerts par le système de soins de santé bénéficieraient de la couverture au premier dollar. Aucun pays dans le monde n'est en mesure d'offrir ce genre de garantie.

Je ne trouve rien à redire à cela, mais actuellement les contributions au titre du système de prestation des soins de santé proviennent à près de 70 p. 100 des dépenses publiques, et à plus ou moins 30 p. 100 du financement privé. Le pays qui enregistre le pourcentage le plus élevé de dépenses publiques au titre de la santé est la Suède, avec environ 85 p. 100. Si nous adoptions un tel système, nous nous retrouverions avec un financement provenant à 100 p. 100 du secteur public, ce qui entraînerait des dépenses supplémentaires de 30 milliards de dollars par année. Avez-vous pensé à l'incidence sur les impôts si les dépenses publiques devaient soudainement grimper de 30 milliards de dollars par année? Ce serait la différence entre un financement public à 70 p. 100, et un financement à 100 p. 100.

Vous avez déclaré, avec raison, que notre système de soins de santé est une mosaïque qui varie d'une province à l'autre. La protection est différente dans chaque province, et nous ne pouvons pas dire que la transférabilité existe. Qu'avez-vous à répondre à cela? Pensez-vous que le gouvernement fédéral devrait assumer un rôle plus important dans notre système de soins de santé? L'administration fédérale a déjà une influence sur ce système par l'entremise de ses contributions aux provinces. Pensez-vous qu'elle devrait assumer un rôle différent pour s'assurer que le système de soins de santé sera similaire et transférable d'une région du pays à l'autre?

M. Roger Heath, agent de recherche et de communications, Association nationale des retraités fédéraux: Votre première question vise la participation aux frais pour l'assurancethat users currently pay for pharmacare and many of them have private insurance. For example, many of our members belong to the Public Service Health Care Plan, PSHCP, and receive their insurance for drugs through that plan.

We consider this an opportunity for Canada to experiment with mixed funding. There is an axiom in medicine, "do no harm." If we increase public support but do not diminish user fees for some of the people, then we have done no harm because some people are better off. The main reason we are focusing on pharmacare and home care is that we believe a properly organized system would cost the country less and would deliver better pharmacare and better home care at less cost. Again, there is an elementary principle in public policy: If you have an alternative that improves the situation and costs less, those are strong arguments. I believe there were comments in your fourth report that indicated public systems do cost less, in general. If you want, I can speak to our analysis that shows both of these programs would clearly cost less and yet deliver better medical care.

On the provincial mosaic, we strongly believe in the five principles. One of those is universality. Canadians do not now enjoy the same health care in every province. In fact, one of the major determinants of pharmacare coverage is what province you live in. That is the same with home care. We feel that only by putting these spheres under the Canada Health Act can there be equal access and equality throughout Canada.

Yesterday, Ms Monique Bégin, former Minister of Health, pointed out that federal leadership in terms of increased funding is necessary for the health care system. I would argue that this federal money, as the nurses pointed out previously, could be tied. It is acceptable to the provinces that money be tied. It could make national pharmacare and national home care possible in a national way, not necessarily a federally dictated way, to define what is medically necessary. The three elements covering the most important elements of modern medicine and defining "medically necessary" and ensuring it is delivered, perhaps with time standards in some cases, would bring about the kind of health system that Canadians want.

The Deputy Chairman: Would you support that strings be attached to some of the programs?

médicaments et les soins à domicile. Nous considérons que les utilisateurs paient déjà pour l'assurance-médicaments et que beaucoup ont une assurance privée. Par exemple, bon nombre de nos membres font partie du Régime de soins de santé de la fonction publique, et obtiennent la protection de l'assurance-médicaments dans le cadre de ce régime.

Nous pensons qu'il y a là une occasion à saisir pour le Canada de réaliser des expériences en matière de financement partagé. En médecine, la devise est «d'abord, ne pas nuire». Si nous augmentons les dépenses publiques sans pour autant réduire la participation aux frais pour certaines personnes, dans ce cas nous ne faisons de tort à personne parce que d'aucuns s'en trouveront mieux. La raison principale pour laquelle nous nous concentrons sur l'assurance-médicaments et les soins à domicile est que nous pensons qu'un système bien organisé nous reviendrait moins cher à l'échelle du pays et que nous pourrions offrir de meilleurs soins à domicile et des médicaments à meilleur prix pour un coût inférieur. Je répète qu'il s'agit d'un principe élémentaire de la politique gouvernementale: si vous disposez d'une solution de rechange qui permet d'améliorer la situation et d'économiser. vous avez de solides arguments. Dans le volume quatre de votre rapport, vous mentionniez que les systèmes publics coûtent en général moins cher. Si vous voulez, je peux vous parler de l'analyse que nous avons faite et qui montre que ces deux programmes reviendraient certainement moins cher et contribueraient à offrir de meilleurs soins médicaux.

Pour ce qui est de la mosaïque provinciale, nous adhérons fermement aux cinq principes. L'un de ces principes est celui de l'universalité. Actuellement, les soins de santé diffèrent dans chaque province. De fait, l'un des principaux facteurs déterminants de la protection que vous recevez en termes d'assurance-médicaments est justement la province dans laquelle vous vivez. Nous pensons que le seul moyen de donner à tous le même accès, à l'échelle du pays, consiste à intégrer ces sphères de responsabilité dans la Loi canadienne sur la santé.

Hier, Mme Monique Bégin, ancienne ministre de la Santé. faisait remarquer que le gouvernement fédéral doit faire preuve de leadership en ce qui concerne l'accroissement des dépenses pour le système des soins de santé. J'ajouterais, à l'instar des infirmières, que ces contributions du gouvernement fédéral pourraient être assorties d'obligations de rendre compte de leur utilisation. Il est acceptable pour les provinces d'avoir à rendre compte de l'emploi de ces crédits. Ainsi, on pourrait instaurer à l'échelle du pays un régime d'assurance-médicaments et de soins à domicile, pas nécessairement soumis aux exigences du gouvernement fédéral, mais qui définirait ce qui est médicalement nécessaire. Les trois éléments caractérisant les facteurs les plus importants de la médecine moderne et qui définissent les «services médicalement nécessaires» et font en sorte que ces éléments sont dispensés, peutêtre à l'intérieur d'un calendrier d'exécution déterminé dans certains cas, contribueraient à la mise en place du genre de système de soins de santé que veulent avoir les Canadiens.

La vice-présidente: Trouveriez-vous acceptable que des obligations de rendre compte soient rattachées à certains de ces programmes?

Mr. Heath: Yes, most definitely.

Senator Fairbairn: In your short and to the point brief, you have probably touched the essential elements of our efforts better than many others have done. I think it is because you are so connected with the people you represent, and they are so single-minded and persuasive in what they have telling you.

I would like, for a moment, to touch on your comments on health care. As the Deputy Chairman said, some committee members do not have medical backgrounds. However, in the case of all members, we are users of the system or in a position to be assisting others who are users. My own case includes a relative who is 91 and is still quite keen on playing the best role and having the best life that she can, which requires some of the extended health care that you talked about. Home care is currently one of the more difficult issues, and yet one of the areas that presents the biggest opportunities for helping people.

We talk in terms of more funding and that is obvious, in whatever way that occurs. I would like your view on something that I have observed in trying to assist my aunt to access home care. In many ways, it is not a case of its not being there. The difficulty is in accessing what is available.

There always has been home care of some sort. However, now it is a vitally important part of the health care system due to the changing role of hospitals and doctors and the greater focus being placed on active care in the home. My experience has been that the system that is being developed is not integrated. There is a lack of communications between the various levels of those who trigger home care into happening, from the hospital to the doctors, the assessors and the people who actually come in and do the job. That is one of the key things that is impeding older Canadians from accessing the system even though the components are there and people are willing to do the work. Very often a lack of communications at the various levels is making it exceedingly difficult to get to the point where someone actually comes in and helps.

Is this something that is being reflected to you from some of the people whom you represent?

Mr. Guy: It is very much a concern. May I thank you for your kind remarks at the opening. We do indeed stay in touch with our people across the country. We have 80 branches that hold regular meetings and these topics are very much discussed there, as well as in Ottawa at our annual convention.

As your deputy chairman will attest, there was a great emphasis on health care at our convention in August. We are still getting complimentary reaction to the presentation that the deputy chairman made to that convention.

The Deputy Chairman: Thank you very much.

M. Heath: Oui, assurément.

Le sénateur Fairbairn: Dans votre mémoire bref et pertinent, vous avez probablement touché les points essentiels de nos efforts mieux que beaucoup d'autres ne l'ont fait. Probablement parce que vous entretenez des liens étroits avec les gens que vous représentez, et que ces personnes concentrent leurs efforts et se montrent très persuasives dans leurs communications avec vous.

Permettez-moi, pour un instant, de commenter ce que vous avez dit au sujet des soins de santé. Comme le disait la vice-présidente, certains membres de notre comité ont des antécédents dans le domaine médical. Toutefois, tous sont des utilisateurs du système ou dans une position où ils doivent aider d'autres utilisateurs. Pour ma part, j'ai une parente âgée de 91 ans qui est encore alerte et qui tient à jouer son rôle et à avoir la meilleure qualité de vie possible, et pour cela elle doit avoir recours à ces soins prolongés dont vous venez de parler. Les soins à domicile sont actuellement l'un des aspects les plus difficiles du débat, et pourtant ils sont l'un des secteurs qui offre les plus grandes possibilités d'aider les gens.

De quelque point de vue que l'on se place, il est clair que la solution à nos problèmes passe par l'augmentation du financement. J'aimerais connaître votre opinion sur quelque chose que j'ai observé en essayant d'aider ma tante à obtenir des soins à domicile. Dans bien des cas, le problème ne tient pas à l'inexistence des services, mais plutôt à la difficulté d'avoir accès à ce qui existe déjà.

Il y a toujours eu des soins à domicile. Cependant, de nos jours, ces soins représentent un élément vital du système de soins de santé étant donné le changement de rôle des hôpitaux et des médecins et l'accent mis sur les soins actifs donnés à domicile. Selon mon expérience, ce système que l'on est en train de développer n'est pas intégré. Il y a un manque de communication entre les divers paliers chargés de faire en sorte que les soins à domicile se concrétisent, de l'hôpital aux médecins, en passant par les évaluateurs et les personnes qui se déplacent pour venir rendre les soins. C'est sans doute l'un des obstacles empêchant les Canadiens âgés d'avoir accès au système, même lorsqu'il est en place et que l'on trouve des gens prêts à dispenser les soins. Il arrive souvent qu'un manque de communication entre les divers paliers soit à l'origine de la difficulté qu'il y a à obtenir les soins et l'aide requis.

Est-ce que cela rejoint certaines des préoccupations des personnes que vous représentez?

M. Guy: Oui, effectivement. Je vous remercie de vos commentaires élogieux. Nous sommes en effet très près de nos membres dans tout le pays. Nous avons 80 divisions qui tiennent régulièrement des réunions et ces sujets sont souvent à l'ordre du jour, ainsi qu'ici à Ottawa lors de notre congrès annuel.

Comme pourrait en témoigner votre vice-présidente, les soins de santé ont suscité beaucoup d'intérêt lors de notre congrès du mois d'août. Par ailleurs, nous entendons encore des commentaires appréciateurs au sujet de l'exposé que la vice-présidente avait présenté à cette occasion.

La vice-présidente: Merci beaucoup.

Mr. Guy: Going on to the matter of home care, I am from Nova Scotia and that is a burning question there, as are other things.

As an aside, the pharmacare system in Nova Scotia was tinkered with just two days ago by changing some of the qualifications and putting up the price that the individual senior has to pay to be part of it.

We belong to a private medical insurance, albeit the Public Service Health Care Plan. We are part of the governance of that plan. There are three parties that govern it and we are one of the parties. I think I am safe in saying it is one of the largest plans in the country. Because we have that in Nova Scotia, we are precluded from any participation in pharmacare. We were thrown out a couple of years ago because we have private insurance that includes a drug benefit and so the seniors pharmacare is no longer accessible to us. That has nothing to do with the question you asked.

Senator Fairbairn: It is interesting.

Mr. Guy: The matter of home care in Nova Scotia is very complex and complicated. I think I had the same experience as you in trying to get it for a member of our family. My father-in-law needed it a few years ago and my wife was an organizer for this, being the eldest of the family. There are tremendous contortions you must endure in order to get any home care, even to the extent of giving up ownership of your home to pay part of the costs. It is a very complex situation in Nova Scotia as, I suppose, it is in every other province.

Senator Fairbairn: There is one comment I would like to make which may resonate with you. In the maze of trying to find your way to access, the one thing that I did discover was that the telephone book does not help much any more. People who have grown up with the notion that it was a complete guide from A to Z now find there are purple or green pages that tell you where home care is, except it is not called that. You almost have to be psychic to find your way through to assist your family.

Mr. Guy: Another great concern about home care to those in Nova Scotia is that when it is decided home care will be provided, you can be sent 300 miles away for that home care and you are isolated from those who you need to support you.

Mr. Heath: FSNA has organized a home care/facility care insurance for its members. This was the first such insurance offered in Canada. Fifty per cent of our 120,000 members asked for detailed information. This shows that it is a burning issue among retirees, not just seniors. Five per cent have applied and about half of those are now insured. The insurance for different prices covers home care only, home care and facility care, or facility care only. The home care options are by far the most sought after by our members.

M. Guy: Pour en revenir au sujet des soins à domicile, je suis de la Nouvelle-Écosse, et chez nous c'est un sujet brûlant, comme bien d'autres choses.

Soit dit en passant, on a bricolé le système d'assurancemédicaments il y a deux jours seulement, en se contentant de modifier certaines exigences d'admissibilité et en fixant le prix des cotisations que les personnes âgées devraient verser pour en faire partie.

Nous bénéficions d'un régime d'assurance-soins médicaux privé, encore que ce soit celui du Régime de soins de santé de la fonction publique. Nous participons à la gestion tripartite de ce régime. Je ne pense pas faire d'erreur en affirmant qu'il s'agit de l'un des plus vastes au pays. Étant donné que nous bénéficions de ce régime, en Nouvelle-Écosse, nous sommes exclus de la participation à l'assurance-médicaments. On nous a déboutés il y a un an ou deux parce que nous avons une assurance privée qui inclut des prestations pharmaceutiques; c'est la raison pour laquelle nous ne sommes pas admissibles à l'assurance-médicaments pour les personnes âgées. Mais cela n'a rien à voir avec la question que vous venez de me poser.

Le sénateur Fairbairn: C'est intéressant.

M. Guy: En Nouvelle-Écosse, la question des soins à domicile est très complexe et très compliquée. Je pense que j'ai ressenti la même chose que vous en essayant de les obtenir pour un membre de la famille. Mon beau-père en a eu besoin, il y a quelques années, et ma femme, en qualité d'aînée de la famille, s'en était occupée. Il faut faire des contorsions extraordinaires pour obtenir des soins à domicile, et cela peut aller jusqu'à la vente de votre maison pour assumer une partie des coûts. La situation est très complexe, en Nouvelle-Écosse, tout comme dans les autres provinces, je suppose.

Le sénateur Fairbairn: J'aimerais faire un commentaire qui trouvera peut-être un écho chez vous. Dans le labyrinthe que vous devez emprunter pour obtenir ces soins à domicile, j'ai découvert que l'annuaire du téléphone n'était pas d'un grand secours. Ceux qui ont grandi en pensant que l'on pouvait tout y trouver, de A à Z, s'apercevront désormais qu'il existe des pages roses ou vertes qui vous disent où se trouvent les soins à domicile, sauf que ce n'est pas ainsi qu'on les appelle. Il faut pratiquement avoir des dons de voyance pour s'y retrouver et pour venir en aide à sa famille.

M. Guy: En Nouvelle-Écosse, on s'inquiète aussi du fait qu'une fois que l'on a décidé que vous êtes admissible à recevoir des soins à domicile, il se peut que l'on vous expédie à 300 milles de chez vous pour y recevoir les fameux soins et que vous vous retrouviez ainsi isolé de vos proches.

M. Heath: L'ANRF a mis sur pied un plan d'assurance pour les soins à domicile ou en établissement à l'intention de ses membres. Il s'agit de la première assurance du genre au Canada. Cinquante pour cent de nos 120 000 membres nous ont demandé des renseignements à ce sujet. Cela montre à quel point cette question est d'actualité parmi les retraités, et non seulement chez les gens âgés. Cinq pour cent de nos membres ont présenté une demande et la moitié d'entre eux bénéficient déjà de l'assurance. Dépendant du prix de la cotisation, l'assuré peut obtenir une

About the complexity, the insurance company does not want to pay on the member's behalf for services that governments will provide. When a member is being assessed to benefit from the insurance, the company assigns a local nurse agent to untangle the web of available assistance.

Some of our members have commented that two things have opened their eyes about the insurance. One is attending meetings to really understand current information on home care and institutional care in their province. The second is to see the difficulties and need for expertise in accessing what is actually available. As you pointed out, it is not easy. I do know that some provinces are making moves to try to improve access, but, again, it is not uniform. A national program, with well understood principles expressed in a set of understandable rules, would do much to ensure Canadians could access the home care their taxes are paying for.

Senator Fairbairn: That certainly does not answer the ultimate question. However, it is an area where our final report could be very helpful. Even if we do not have the answers, at least we could try to promote some guidelines because the situation is so uneven across the country.

Even within the areas where people may have the systems and may have more financial advantages than others, it becomes moot if you cannot follow the path to get where you want to be. It is a major concern and a frustration that there is something there to benefit your family member or yourself, as the case may be, but you cannot find it easily. That, to me, is very frustrating in a national health care imperative.

Mr. Heath: Yes.

Senator Cook: I was in your province and was sorry that we did not hear you, but I did read your brief. I am pleased to see you here today.

On the bottom line of page 4 in your brief you mention that home care should be made part of the Canada Health Act. What about nursing homes in that context, or are you including nursing homes when you say home care?

assurance pour les soins à domicile seulement, les soins à domicile et en établissement ou les soins en établissement seulement. Les soins à domicile sont de loin l'option la plus populaire auprès de nos membres.

Pour ce qui est de la complexité, la compagnie d'assurance ne veut naturellement pas avoir à débourser pour des services auxquels le membre serait admissible gratuitement s'ils sont offerts par le gouvernement. Aussi, lorsqu'un membre demande à recevoir les prestations de l'assurance, la compagnie désigne une infirmière qui agit à titre d'agent dans la localité et celle-ci démêle l'écheveau de l'assistance disponible.

Des membres nous ont confié que deux choses leur avaient ouvert les yeux au sujet de l'assurance. La première est qu'il faut assister aux réunions d'information afin de bien comprendre ce qui se passe dans leur province au chapitre des soins à domicile et en établissement. La deuxième est qu'il faut reconnaître qu'il y a des obstacles à l'accessibilité à ces soins et qu'il est nécessaire de posséder une certaine expertise pour les obtenir. Comme vous l'avez dit, ce n'est pas facile. Je sais très bien que certaines provinces prennent des mesures afin d'améliorer l'accès aux services, mais je répète que la situation n'est pas la même partout. Un programme national, qui s'appuierait sur des principes exprimés au moyen d'un ensemble de règles bien comprises, ferait sans doute beaucoup pour améliorer l'accès des Canadiens aux soins à domicile pour lesquels ils paient de toute façon.

Le sénateur Fairbairn: Vous n'avez pas très bien répondu à la dernière question. Toutefois, je pense que c'est un domaine où notre rapport final pourrait se révéler très utile. Même si nous ne possédons pas les réponses, nous pourrions au moins essayer de mettre de l'avant certaines lignes directrices parce que la situation présente d'énormes inégalités d'est en ouest.

Même dans les régions où la population peut disposer des systèmes et où les avantages financiers sont supérieurs à ceux d'autres régions, l'accès à ces soins devient purement théorique si vous n'arrivez pas à vous y retrouver dans ce dédale administratif. C'est un sujet de préoccupation et de frustration lorsque vous savez que les services existent pour un membre de votre famille ou pour vous-même, mais que vous ne pouvez pas mettre facilement la main dessus. À mon sens, c'est très frustrant lorsqu'il s'agit d'un service obligatoire au sein d'un système de soins de santé national.

M. Heath: Oui, en effet.

Le sénateur Cook: Je me trouvais dans votre province la dernière fois, et j'ai trouvé vraiment dommage que nous ne puissions pas vous entendre, mais j'ai bien lu votre mémoire. Je suis heureuse de vous voir aujourd'hui.

Sur la dernière ligne, à la page 4 de votre mémoire, vous mentionnez que les soins à domicile devraient être intégrés à la Loi canadienne sur la santé. Qu'en est-il des maisons de soins dans ce contexte, ou alors est-ce que vous les englobez lorsque vous parlez des soins à domicile?

Mr. Heath: The recommendation is really for home care. That is where our members expressed most interest. That is about as much as we thought we would get, so that is where we went.

Senator Cook: Do you have an opinion as to where nursing home care might fall into those principles, given that we are an aging population and are living longer? Statistics tell us that we will become elderly and then frail elderly.

Mr. Heath: Our position reflects two things. It reflects the focus on home care of our members. There is an outdated picture of a senior as being a frail, elderly person who cannot manage for himself or herself. Our members are not that way.

In fact, you can consider the whole idea of a healthiness push in terms of treating chronic conditions so that they do not result in disability and enfeeblement and eventually institutional care. Most seniors and most of our members are interested in maintaining their health and maintaining their independence. That means staying at home. That is why we emphasize things that way.

As to the other part of your question, if pushed, yes, we believe in equality of treatment. We think that this can only be achieved by including all necessary parts of health care under the Canada Health Act so that there are principles and mechanisms to achieve those principles.

Senator Cook: Conceivably one would progress from home care to nursing home care —

Mr. Heath: — and then to institutional care, yes.

Mr. Guy: As a an addition to what Mr. Heath said about the present day senior being a vibrant, energetic individual, I would like to repeat something we frequently say during discussions such as this. The day is rapidly approaching when every senior in this country will be computer-literate.

The Deputy Chairman: It is important to continue the quality of life as well.

Honourable senators, on behalf of all of us, I would very much like to thank Mr. Guy and Mr. Heath. We appreciate their return to the committee to not only be seen, but to be heard.

The committee adjourned.

M. Heath: La recommandation vise réellement les soins à domicile. C'est à cet égard que nos membres ont exprimé le plus d'intérêt. Nous pensions que nous ne pourrions pas aller plus loin, aussi nous nous en sommes tenus aux soins à domicile.

Le sénateur Cook: Que pensez-vous de l'idée que les maisons de soins puissent tomber dans la même catégorie, étant donné que nous faisons partie d'une population vieillissante et que notre espérance de vie s'allonge? Les statistiques nous révèlent que nous deviendrons des personnes âgées, puis des aînés fragiles.

M. Heath: Notre position repose sur deux facteurs. Elle traduit l'intérêt de nos membres pour les soins à domicile. L'image de la personne âgée fragile qui est incapable de prendre soin d'ellemême est dépassée et ne correspond en rien à nos membres.

De fait, vous pouvez envisager toute cette question sous l'angle du maintien en bonne santé, c'est-à-dire de traiter les maladies chroniques afin d'éviter qu'elles ne dégénèrent en invalidité, en affaiblissement et pour finir en soins en établissement. La majorité des personnes âgées et la plupart de nos membres ont très à coeur de rester en bonne santé et de conserver leur indépendance. Et cela signifie demeurer dans son domicile. Voilà pourquoi nous insistons tellement sur ce point.

Pour ce qui est de l'autre volet de votre question, si on insiste un peu, oui nous croyons au traitement égal. Nous pensons que le seul moyen d'y parvenir consiste à inclure tous les éléments nécessaires à la prestation des soins de santé sous le chapeau de la Loi canadienne sur la santé, de sorte que ce soient ses principes et ses mécanismes qui les régissent.

Le sénateur Cook: On peut s'attendre à ce que la situation évolue des soins à domicile vers les maisons de soins...

M. Heath: ... puis vers les soins en établissement, oui, en effet.

M. Guy: Pour renchérir sur ce que vient de dire M. Heath au sujet des aînés d'aujourd'hui qui sont des personnes vivantes et énergiques, j'aimerais répéter une chose qui revient régulièrement dans ce genre de discussion. Le jour vient rapidement où chaque personne âgée de ce pays saura se servir d'un ordinateur.

La vice-présidente: Il est important de conserver aussi la qualité de vie.

Mesdames et messieurs, en notre nom à tous, je tiens à remercier M. Guy et M. Heath. Nous apprécions qu'ils aient accepté de se représenter devant le comité, non seulement pour être vus, mais aussi pour être entendus.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada – Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison, retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à: Travaux publics et Services gouvernementaux Canada – Édition 45 Boulevard Sacré-Coeur Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESSES:

Thursday, February 21, 2002

From the Canadian Federation of Nurses Unions:

Ms Kathleen Connors, President.

From the Canadian Health Coalition:

Dr. Arnold Relman, Professor emeritus of Medicine and Social Medicine, Harvard Medical School, Former Editor-in-Chief of *The New England Journal of Medicine*;

Mr. Michael McBane, National Coordinator.

From the Federal Superannuates National Association:

Mr. Rex G. Guy, National President;

Mr. Roger Heath, Research and Communications Officer.

TÉMOINS:

Le jeudi 21 février 2002

De la Fédération canadienne des syndicats des infirmières et infirmi

Mme Kathleen Connors, présidente.

De la Coalition canadienne de la santé:

Dr. Arnold Relman, professeur émérite de médicine et de médic sociale, Harvard Medical School, ancien rédacteur en chef, New England Journal of Medicine;

M. Michael McBane, coordonnateur national.

De l'Association nationale des retraités fédéraux:

M. Rex G. Guy, président national;

M. Roger Heath, agent de recherche et de communications.

Available from:
Public Works and Government Services Canada – Publishing
Ottawa. Canada K1A 0S9
Also available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

En vente:

Travaux publics et Services gouvernementaux Canada – Édition Ottawa. Canada K1A 0S9

Aussi disponible sur internet: http://www.parl.gc.ca

YC26 -551





First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

SENATE OF CANADA

Proceedings of the Standing Senate Committee on

Social Affairs, Science and Technology

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, March 6, 2002 (in camera) Thursday, March 7, 2002

Issue No. 49

Forty-fifth and forty-sixth meetings on:

The state of the health care system in Canada

WITNESSES (See back cover)

Première session de la trente-septième législature, 2001-2002

SÉNAT DU CANADA

Délibérations du Comité sénatorial permanent des

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 6 mars 2002 (à huis clos) Le jeudi 7 mars 2002

Fascicule nº 49

Quarante-cinquième et quarante-sixième réunions concernant:

L'état du système de soins de santé au Canada

TÉMOINS: (Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, Chair

The Honourable Marjory LeBreton, Deputy Chair

and

The Honourable Senators:

Callbeck Keon * Lynch-Staunton * Carstairs, P.C. (or Kinsella) (or Robichaud, P.C.) Morin Cook Pépin Cordy Robertson Di Nino Fairbairn, P.C. Roche

* Ex Cificio Members

(Quorum 4)

Change in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Pépin substituted for that of the Honourable Senator Léger (February 25, 2002).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

Les honorables sénateurs:

Callbeck Keon * Lynch-Staunton * Carstairs, c.p. (ou Robichaud, c.p.) (ou Kinsella) Morin Cook Pépin Cordy Robertson Di Nino Fairbairn, c.p. Roche

* Membres d'enfice

(Quorum 4)

Modification de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Pépin est substitué à celui de l'honorable sénateur Léger (le 25 février 2002).

Also available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, March 6, 2002 (57)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, *in camera*, in room 705, Victoria Building, at 9:15 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Kirby, Morin and Roche (6).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Howard Chodos, from the office of Senator Cordy: James MacNeil, from the office of Senator Kirby: Jeff MacLeod, from the office of Senator Pépin: Momar Diagne, from the office of Senator Roche: Todd Martin, from the office of Senator Callbeck: Mary Moore, from the office of Senator Fairbairn: Megan Cain, from the Committees and Private Legislation Directorate: Debbie Pizzoferrato, from Burke Cader Media Strategies Inc.: John Burke and staff from the Page Programme, Interpretation Services and the Senate Messengers.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (For complete text of Order of Reference see proceedings of the committee, Issue No. 2.)

On the motion of Senator Callbeck, it was agreed — That the committee engage John Burke and Alvin Cader as media and communications consultants to the committee.

The committee considered its draft report.

At 11:23 a.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, March 7, 2002 (58)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in room 705, Victoria Building, at 11:06 a.m., the Deputy Chair, the Honourable Marjory LeBreton, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Keon, Morin, LeBreton and Roche (7).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Howard Chodos.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 6 mars 2002 (57)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit à huis clos aujourd'hui, à 9 h 15, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (président).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Kirby, Morin et Roche (6).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos, du bureau du sénateur Cordy: James MacNeil, du bureau du sénateur Kirby: Jeff MacLeod, du bureau du sénateur Pépin: Momar Diagne, du bureau du sénateur Roche: Todd Martin, du bureau du sénateur Callbeck: Mary Moore, du bureau du sénateur Fairbairn: Megan Cain, de la Direction des comités et de la législation privée: Debbie Pizzoferrato, de Burke Cader Media Strategies Inc.: John Burke, et des employés du Programme des pages, des Services d'interprétation et du Service des messagers du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit l'étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada. (Voir Le texte complet de l'ordre de renvoi dans le fascicule n° 2 des libérations du comité.)

Sur la motion du sénateur Callbeck, il est convenu — Que le comité retienne les services de John Burke et Alvin Cader, conseillers en médias et en communications.

Le comité examine l'ébauche de son rapport.

A 11 h 23, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le jeudi 7 mars 2002 (58)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 06, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Marjory LeBreton (*vice-présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Keon, Morin, LeBreton et Roche (7).

Également présent: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (For complete text of Order of Reference see proceedings of the committee, Issue No. 2.)

Canadian Healthcare Association:

Sharon Sholzberg-Gray, President and CEO;

Kathryn Tregunna, Director, Policy Development.

Canadian Labour Congress:

Kenneth V. Georgetti, President;

Cindy Wiggins, Senior Researcher, Social and Economic Policy Department.

The Deputy Chair made a statement.

Ms Sharon Sholzberg-Gray made a statement. Mr. Georgetti made a statement. The witnesses answered questions.

At 12:40 p.m., the committee agreed to proceed in camera.

The committee discussed future business.

At 12:55 p.m., the committee continued in public.

The committee considered a revised draft budget.

It was moved by Senator Morin — That, notwithstanding the order adopted by this committee on Wednesday, February 20, 2002, the committee concur in the following revised budget application for the purpose of its consideration of the state of the health care system in Canada and that the Chairman be authorized to submit the revised budget to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration for its consideration:

| Professional Services | \$106,000 |
|-----------------------|-----------|
| Transportation and | |
| Communication | \$321,660 |
| Other Expenditures | \$15,000 |
| TOTAL | \$442,840 |

The question being put on the motion, it was adopted.

At 1:00 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit l'étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada. (*Voir le texte complet de l'ordre de renvoi dans le fascicule nº 2 des libérations du comité.*)

De l'Association canadienne des soins de santé:

Sharon Sholzberg-Gray, présidente-directrice générale;

Kathryn Tregunna, directrice, Élaboration des politiques.

Du Congrès du Travail du Canada:

Kenneth V. Georgetti, président;

Cindy Wiggins, recherchiste principale, Direction des politiques sociales et économiques.

La vice-présidente fait une déclaration.

Mme Sharon Sholzberg-Gray fait une déclaration. M. Georgetti fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 12 h 40, le comité poursuit ses travaux à huis clos.

Le comité discute de ses travaux futurs.

À 12 h 55, la séance publique reprend.

Le comité examine une proposition budgétaire révisée.

Il est proposé par le sénateur Morin — Que, malgré l'ordre adopté par le comité le mercredi 20 février 2002, le comité approuve la proposition budgétaire qui suit pour l'étude de l'état du système de soins de santé au Canada, et que le président soit autorisé à soumettre le budget révisé à l'étude du Comité permanent de la régie interne, des budgets de l'administration:

| Services professionnels | 106 000 \$ |
|-------------------------|------------|
| Transports et | |
| communications | 321 660 \$ |
| Autres dépenses | 15 000 \$ |
| TOTAL | 442 840 \$ |

La question, mise aux voix, est adoptée.

À 13 h 00, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La gressière du comité, Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, March 7, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:06 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Marjory LeBreton (Deputy Chairman) in the Chair.

[English]

The Deputy Chairman: Our witnesses today are Ms Sharon Sholzberg-Gray from the Canadian Healthcare Association and Mr. Kenneth V. Georgetti from the Canadian Labour Congress. Ms Sholzberg-Gray, please proceed.

Ms Sharon Sholzberg-Gray, President and CEO, Canadian Healthcare Association: On behalf of the Canadian Healthcare Association's Board of Directors and our provincial and territorial members, thank you for the opportunity to appear before you today. As you will recall, I appeared before your committee on the first day of these hearings a long time ago. However, at that time I was not representing the Canadian Healthcare Association, CHA; rather I was here on behalf of the Health Action Lobby, HEAL. This is the first time that you will hear our point of view on the issues that we would like to present.

Through our provincial and territorial members, CHA represents the health system managers and trustees who will be responsible for implementing the various changes that may be suggested by your group and other review processes at the national, provincial and territorial levels that are taking place across this country. Health system managers and trustees have a unique perspective to offer this review and debate. After all, they are responsible for providing needed health services to Canadians within the realities of increasing health needs, decreasing percapita budgets, ever-changing political landscapes, and often reduced control and autonomy over decision making.

We have brought with us today copies of CHA's ten-point plan for moving from discussion to action, entitled "A Responsive, Sustainable, Publicly Funded Health System in Canada: The Art of the Possible." We submitted an earlier version to the Romanow Commission in October 2001; however, following a recent meeting of the CHA board of directors in February 2002, we updated this report and re-issued it. We have brought copies of our recent policy brief, which I believe have been distributed to you, on the public-private mix. These two documents form the basis of our review of some recent reports and, more specifically, "The Health of Canadians — The Federal Role Volume Four: Issues and Options."

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 7 mars 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 06 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Marjory LeBreton (vice-présidente) occupe le fauteuil.

[Traduction]

La vice-présidente: Nos témoins ce matin sont Mme Sharon Sholzberg-Gray, de l'Association canadienne des soins de santé, et M. Kenneth V. Georgetti, du Congrès du Travail du Canada. Madame Sholzberg-Gray, vous avez la parole.

Mme Sharon Sholzberg-Gray, présidente-directrice générale, Association canadienne des soins de santé: Au nom du conseil d'administration de l'Association canadienne des soins de santé et de nos membres dans les provinces et territoires du Canada, je tiens à vous remercier de l'occasion qui m'est donnée ce matin de vous adresser la parole. Vous vous souviendrez que j'ai comparu devant le comité le premier jour de vos audiences, il y a bien longtemps. À l'époque, je ne représentais pas l'Association canadienne des soins de santé, l'ACSS; je me présentais devant vous au nom du Health Action Lobby, HEAL. Il s'agit donc de la première fois que nous présentons nos vues sur la question devant le comité.

Par l'entremise de nos membres provinciaux et territoriaux, l'ACSS représente les responsables et administrateurs du système de soins de santé qui seront chargés d'apporter au système les divers changements recommandés par votre groupe et d'autres commissions qui étudient actuellement cette question aux niveaux national, provincial et territorial. Les responsables et administrateurs du système de soins de santé ont un point de vue unique à présenter dans le cadre de cet examen et de ce débat. Après tout, ce sont les personnes chargées d'assurer les services de santé que requièrent les Canadiens dans un contexte de besoins croissants, de budgets établis selon le nombre d'habitants qui sont en baisse, d'une situation politique en perpétuelle évolution, et un contrôle souvent réduit sur la prise de décisions.

Nous vous avons apporté aujourd'hui des copies du plan en 10 points de l'ACSS, intitulé «A Responsive, Sustainable, Publicly Funded Health System in Canada: The Art of the Possible», qui doit nous permettre de passer de la parole aux actes. Nous avons présenté une première version de ce plan à la Commission Romanow en octobre 2001; cependant, à la suite d'une récente réunion du conseil d'administration de l'ACSS en février 2002, nous avons actualisé et republié ce rapport. Nous avons également des copies — qui vous ont déjà été distribuées, je crois — du document d'orientation que nous avons récemment élaboré sur la participation des secteurs public et privé. C'est sur ces deux documents que s'appuie notre étude de quelques récents rapports, et plus précisément, «La santé des Canadiens: le rôle fédéral; Volume 4: Questions et options».

While volume four is clearly intended to present options and not to recommend specific actions, policymakers and others have reviewed this report with an eye as to what the future may hold.

By presenting a wide range of issues and options, your committee has included options that are diametrically opposed to each other. We understand this was necessary in order to put everything on the table. However, CHA is concerned that some of these options have been portrayed by some spokespersons of the committee as the "preferred option" when, in fact, they could irreparably compromise our publicly funded health system — if implemented — particularly one of the basic tenets of our system: access by all Canadians to comparable, quality health services on the basis of health need and not on the basis of the ability to pay.

Perhaps our greatest concern is that the premise of the committee's report appears to rest on the myth that our publicly funded system is not sustainable, even though you did debunk many myths in volume one of your report.

CHA's response to volume four is based on the fact that public spending on health services is not out of control and our belief that Canada's publicly funded health system is sustainable if we do a number of things to make it so.

Before highlighting CHA's views on the options presented by the Senate committee in volume four, it is important to understand our view of the health system. We believe that to ensure the future sustainability of our publicly funded health system, we need strong leadership, appropriate system change, and adequate levels of funding from all levels of government.

In terms of strong leadership, CHA calls for strong leadership from all levels of government, from health system trustees and managers, from providers, from researchers and from the public. We support a strong role for the federal government in order to ensure access to comparable health services across Canada, and purposeful leadership is needed to move us from talk to action.

Health system managers and trustees know that, in order for our publicly funded health system to be sustainable, system change must occur. We continue to support system change that is appropriate, improves patient safety and quality care, ensures public accountability, and embraces the full continuum of care.

In terms of adequate levels of funding, all levels of government must provide adequate, long-range, predictable funding, along with concrete action plans to appropriately change the system to Bien que le volume 4 vise à présenter des options, plutôt qu'à recommander des mesures précises, les décideurs et d'autres intervenants ont examiné ce rapport en vue d'analyser les diverses options qui pourraient être retenues à l'avenir.

En examinant une vaste gamme de questions et d'options, votre comité a en réalité englobé dans son étude des options qui sont diamétralement opposées. Nous sommes tout à fait conscients du fait qu'il a fallu passer par là pour que tout soit envisagé. Cependant, l'ACSS trouve inquiétant que certaines de ces options soient présentées par certains porte-parole du comité comme constituant «l'option préférée» alors qu'elles risquent — si elles sont mises en oeuvre — de compromettre gravement notre système de soins de santé publique, notamment en ce qui concerne l'un des principes fondamentaux de ce système, à savoir l'accès pour tous les Canadiens à des services de santé comparables, et de bonne qualité en fonction du besoin, et non de la capacité de payer.

En réalité, ce qui nous inquiète le plus, c'est que le rapport du comité semble s'appuyer sur la prémisse — fausse, à notre avis — selon laquelle notre système de soins financé par les deniers publics n'est pas viable, bien que vous ayez dissipé un certain nombre de mythes dans le premier volume de votre rapport.

La réaction de l'ACSS au volume 4 s'appuie sur notre conviction que les dépenses publiques liées à la santé n'évoluent pas de façon incontrôlable et que notre système public de soins sera viable si nous prenons un certain nombre de mesures pour garantir sa viabilité.

Avant de présenter le point de vue de l'ACSS sur les options analysées au volume 4 de l'étude du comité sénatorial, il est important que vous compreniez notre optique par rapport au système de soins. À notre avis, pour garantir la viabilité future de notre système public de soins de santé, nous avons besoin de leadership solide, de mesures appropriées visant à changer notre système, et de niveaux de financement suffisants à tous les paliers de gouvernement.

S'agissant de leadership solide, l'ACSS demande que ce leadership s'exerce à tous les paliers de gouvernement, c'est-àdire chez les administrateurs et les responsables du système de soins, les fournisseurs de soins, les chercheurs et les simples citoyens. Nous estimons que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer dans ce contexte pour garantir l'accès à des services de santé comparables dans tout le Canada, et qu'un leadership s'appuyant sur des objectifs bien définis est nécessaire pour nous permettre de passer de la parole aux actes.

Les responsables et administrateurs du système de soins de santé savent très bien que pour assurer la viabilité de notre système de soins public, certains changements s'imposent. Nous continuons de favoriser des changements appropriés qui permettront d'accroître la sécurité du contexte dans lequel les malades sont soignés, ainsi que la qualité des soins, de garantir la responsabilisation vis-à-vis du public, et d'agir sur toute la gamme des soins et services qui caractérisent notre système.

S'agissant de niveaux de financement suffisants, tous les paliers de gouvernement doivent assurer un financement suffisant et prévisible à long terme et élaborer des plans d'action concrets en meet the current and future health needs of Canadians. We said in the past and we repeat again: Funding at the federal level should include a number of components, such as increasing the CHST base and providing an annual escalator in order to stabilize the existing system; targeting new funds to meet urgent needs, such as technology needs and medical equipment needs; transitional funds to support appropriate system change to promote primary care reform, palliative care and enhanced population health initiatives; and introducing new federal government funding to ensure that all Canadians have access to a broader continuum of care, including home, community and facility-based long-term care. We should explore alternate or additional funding mechanisms and examine the private-public mix in the funding and delivery of health services. These three conditions, leadership, system change and funding, are the basis of our analysis of volume four, and have led us to support some of the options you presented, recommend alternative options and suggest additions in some cases.

I will start with areas of agreement. Since you may not have had a chance to review our ten-point plan or private-public brief, I will highlight some of our key positions.

The CHA agrees with a number of options presented in the Senate committee's report, as they resonate well with our policy positions. Included in this list is the section of our report, which describes these particular areas in detail. Any options should include implementing primary health care reform; encompassing home care within the publicly funded health system; reorganizing pharmacare; developing a pan-Canadian strategy to address critical health human resource issues; increasing federal government commitment to health "infostructure" and infrastructure; promoting quality and accountability in health services; developing specific performance indicators and a minimum data set; encouraging intersectorial collaboration on the determinants of health and ensuring a population health approach; and supporting federal leadership in the area of health research.

There are options with which we strongly disagree, and we offer the following alternative approaches: We should broaden the concept of accountability to include more than reporting. We view accountability within the health system as more than a one-way process of reporting. Better communication and collaboration between trustees and managers with governments regarding their respective roles and responsibilities will facilitate

vue de changer le système pour répondre aux besoins actuels et futurs des Canadiens en matière de santé. Nous l'avons déjà dit, et nous le répétons aujourd'hui: le financement fédéral doit englober plusieurs éléments — par exemple, il faut augmenter l'assiette du TCSPS et prévoir une disposition d'indexation annuelle afin de stabiliser le système actuel; orienter les nouveaux crédits vers les secteurs où les besoins sont les plus urgents, par exemple pour l'acquisition de nouvelles technologies et d'équipement médical; prévoir des fonds transitoires pour soutenir l'évolution appropriée du système afin de mettre l'accent sur la réforme des soins primaires, les soins palliatifs et des initiatives améliorées touchant la santé de la population; et voter de nouveaux crédits fédéraux en vue de garantir l'accès de tous les Canadiens à une plus vaste gamme de soins, y compris les soins à domicile, les soins de santé communautaires et les soins de longue durée en établissement. Il convient également d'examiner des mécanismes de financement nouveaux ou supplémentaires de même que le degré de participation des secteurs privé et public au financement et à la prestation des services de santé. Ces trois conditions — le leadership, des changements au niveau du système dans son ensemble, et le financement - sont à la base de notre analyse du volume 4, et nous amènent à appuver certaines des options que vous avez présentées, à recommander d'autres possibilités et à proposer des mesures additionnelles dans certains cas.

Permettez-moi tout d'abord d'aborder les éléments sur lesquels nous sommes d'accord. Puisque vous n'avez peut-être pas eu l'occasion d'examiner notre plan en 10 points ou notre mémoire sur la participation des secteurs privé et public au système de soins, je me permets de vous informer des positions que nous avons adoptées à l'égard d'un certain nombre de questions clés.

L'ACSS est d'accord avec plusieurs des options présentées dans le rapport du comité sénatorial, puisque ces dernières cadrent bien avec nos propres positions de principe. Cela comprend la section de notre rapport qui présente ces différents éléments en détail. Toutes les options envisagées doivent inclure la réforme des soins primaires; la prise en charge des soins à domicile par le système public de soins de santé; la réorganisation des programmes d'assurance-médicaments; l'élaboration d'une stratégie pancanadienne visant à solutionner les problèmes critiques touchant les ressources humaines dans le secteur de la santé; le renforcement de l'engagement fédéral vis-à-vis de l'information sur la santé et de l'infrastructure sanitaire; la promotion de la qualité et de la responsabilisation en matière de services de santé; l'élaboration d'indicateurs de performance précis et un ensemble de données minimum; l'encouragement d'initiatives de collaboration intersectorielle sur les déterminants de la santé et la garantie d'une approche axée sur la santé de la population; et le soutien du leadership fédéral dans le domaine de la recherche sur la santé.

Il y a des options que nous ne pouvons absolument pas accepter, et nous vous proposons donc à la place des démarches différentes: il faut à notre avis élargir le concept de la responsabilisation pour que ce dernier ne se résume pas à la présentation de rapports. En ce qui nous concerne, dans le contexte du système de soins, la responsabilisation ne doit pas consister simplement en la communication unilatérale de

the governance and management of the system. Governments must understand the necessity of ensuring public governance and independent management of the system, and clearly articulate and demonstrate support for it.

We recommend caution in looking at changes to the existing CHST funding mechanism and are proposing alternative funding mechanisms. Specifically, CHA does not support converting CHST cash transfers to tax points. What was done in 1977 is enough in that area. We support the continuation of a per-capita transfer within the CHST formula and, in the longer term, we would like governments to explore alternatives to the CHST funding mechanism, for example, a health-specific transfer which would aid in clarifying health spending by different levels of government. As well, in the future, we might want to look at the development of a needs-based formula.

An important point we wish to make is that we should consider the evidence and the political and administrative realities when talking about introducing user fees, premiums or medical savings accounts. There are compelling facts and arguments for not introducing user fees, premiums — even so-called progressive ones — or medical savings accounts for existing Canada Health Act services. We urge governments not to introduce any new funding mechanisms along these lines unless there is clear evidence quality of care and access to needed health services will be enhanced. We have yet to see any such evidence.

We must broaden, not narrow, the basket of publicly funded services. There is room within the federal spending power to increase government spending on health services. For example, the OECD public-private ratio is approximately 75/25 versus our 70/30 mix. There is room for improvement. This would include the development of a national publicly funded home, community and long-term care program supported by a national pharmacare program. This new program could be established outside the Canada Health Act, perhaps using the Social Union Framework Agreement, SUFA, with available federal funding, subject to the provinces and territories meeting mutually agreed-upon objectives.

We are willing to consider that some publicly funded services must be 100 per cent covered, while others can be subject to copayments. CHA's members believe that acute care services, including acute care replacement home care services, should be rapports. De meilleures communications et une bonne collaboration plus fructueuse entre les administrateurs et responsables du système et les gouvernements, en ce qui concerne leurs rôles et responsabilités respectifs, faciliteront l'administration et la régie interne du système. Les gouvernements doivent comprendre la nécessité d'assurer la régie publique et la gestion indépendante du système de soins, et d'exprimer et de démontrer clairement leur soutien au système.

À notre avis, il faut faire preuve de prudence en examinant diverses façons de modifier le mécanisme de financement actuel que représente le TCSPS et nous proposons à cet égard d'autres mécanismes de financement. Par exemple, l'ACSS n'est pas en faveur de la conversion des transferts en espèces en points d'impôt. Les mesures prises en 1977 à cet égard sont suffisantes. Nous continuons d'être en faveur de transferts proportionnels au nombre d'habitants selon la formule du TCSPS, et à plus long terme, nous souhaitons que les gouvernements exploitent des possibilités de remplacement du TCSPS — par exemple, un transfert spécifique pour les soins de santé permettrait de mieux connaître l'importance des dépenses liées à la santé engagées par les différents ordres de gouvernement. De plus, nous voudrons peut-être envisager d'élaborer une formule axée sur les besoins.

Un point sur lequel nous voulons insister concerne le fait qu'il faut, à notre avis, examiner les faits et tenir compte des réalités politiques et administratives en envisageant d'imposer des frais modérateurs, des primes ou des comptes de crédits médicaux. Il y a des faits et arguments probants qui militent contre l'introduction de frais modérateurs ou de primes — même si elles sont prétendument progressives — ou de comptes de crédits médicaux pour les services actuellement dispensés aux termes de la Loi canadienne sur la santé. Nous exhortons les gouvernements à ne pas prévoir de nouveaux mécanismes de financement de ce genre, à moins que nous n'ayons la preuve que ceux-ci permettront d'améliorer la qualité des soins et l'accès aux services de santé requis par la population. Que nous sachions, il n'existe pas encore de telles preuves.

Il convient de prévoir un panier élargi de services financés par les deniers publics, et non l'inverse. Le pouvoir de dépenser du fédéral lui donne toute la latitude nécessaire pour accroître les dépenses gouvernementales au titre des services de santé. Par exemple, le rapport de participation des secteurs public et privé pour les pays membres de l'OCDE est d'environ 75 à 25, par rapport à 70 à 30, dans notre cas. Il y a donc lieu d'améliorer la situation. Il s'agirait, entre autres, d'élaborer un programme national de soins à domicile, de soins de santé communautaires et de soins de longue durée qui serait financé par les deniers publics et s'appuierait sur un programme national d'assurancemédicaments. Ce nouveau programme pourrait être créé en dehors de la Loi canadienne sur la santé, peut-être par le biais de l'Accord-cadre sur l'union sociale, l'ACUS, à l'aide de crédits fédéraux, sous réserve de l'atteinte par les provinces et territoires d'objectifs convenus d'un commun accord.

Nous sommes prêts à accepter que certains services soient financés à 100 p. 100 par les deniers publics, alors que d'autres feraient l'objet de copaiements. Les membres de l'ACSS sont d'avis que les services de soins aigus, y compris les services assurés

100 per cent publicly funded within an evidence-based approach, while home, community and long-term care services, or certain aspects of them, may be subject to some form of copayment. This will be a difficult area to determine. We know there are copayments, for example, in facility-based, long-term care. Whether they should be \$3,000 a month in the Maritimes or \$700 to \$800 a month in Saskatchewan is an issue that has to be addressed. We do not believe that is within the spirit of the health care system in this country. We know we will not have a 100 per cent publicly funded system, so we must make careful choices be based on the bottom line of access to health care, health need, not on the ability to pay.

We must continue to debunk myths and disseminate facts, including the following: Public spending in health care is not out of control, particularly when examined over a 10-year period in real per-capita terms. In that period, in real per-capita terms, the increase has been 1 per cent per year. This is not much when compared to international figures. We cannot look at only the last five years. Remember, we are trying to make up for five years in which there were real per-capita cuts and a bust-boom approach. We do not agree with that kind of approach. We must note that our publicly funded system is not a drain on our economy, rather it is an essential investment in Canada's productivity and global competitiveness. We must continue to repeat that Canada currently has one of the lowest levels of public spending on health.

We must establish a framework regarding for-profit private sector delivery. In our policy brief on the private-public mix, we conclude that private involvement in the Canadian health care system is not inherently evil, nor is it a cure-all, which we have heard too many people say. The private-public delivery question centres on delivery of certain services under certain conditions. We pointed to a number of areas in our private-public brief where services might be delivered in an appropriate way, but we also pointed out a number of areas where they should not be. A delicate balance must be achieved that encourages public and private sector innovation in research, fosters high-quality services and ensures public accountability.

à domicile en remplacement des soins aigus, devraient être entièrement financés par les deniers publics conformément à une approche fondée sur les résultats, alors que les services à domicile, les services de santé communautaire et les services de longue durée, ou du moins certains éléments de ces services, pourraient éventuellement faire l'objet d'un type de copaiement. Dans ce domaine, il sera particulièrement difficile de savoir comment procéder. Nous savons, par exemple, que dans les établissements de soins de longue durée, les malades participent aux frais. Mais la question de savoir si cette participation devrait être de 3 000 \$ par mois dans les Maritimes ou de 700 \$ ou 800 \$ par mois en Saskatchewan devra absolument être examinée. À notre avis, un régime de ce type serait contraire à l'esprit de notre système de soins au Canada. Nous savons qu'il ne sera pas possible d'avoir un système entièrement financé par les deniers publics, et par conséquent, il convient de faire des choix prudents qui s'appuient sur les impératifs de l'accès aux soins de santé et le degré de besoin, et non sur la capacité de payer.

Il faut continuer à dissiper les mythes et à communiquer les faits au public, par exemple: il n'est pas vrai que les dépenses publiques liées à la santé évoluent de facon incontrôlable. notamment lorsqu'on examine les dépenses réelles par habitant en matière de santé sur 10 ans. Au cours de cette période, l'augmentation réelle des dépenses par habitant a été d'environ 1 p. 100 par année. Ce n'est pas grand-chose lorsqu'on les compare aux statistiques internationales. Il ne faut pas tenir compte des dépenses seulement au cours des cinq dernières années. Rappelez-vous que nous faisons du rattrapage par rapport à une période de cinq ans qui a été caractérisée par des coupures au niveau des dépenses réelles par habitant et une approche d'alternance de forte expansion et d'austérité. Nous sommes contre ce genre d'approche. Il convient de noter que notre système public ne représente pas une ponction sur les gains réalisés par notre économie, mais plutôt un investissement essentiel dans la productivité et la compétitivité mondiale du Canada. Nous devons continuer à répéter que les dépenses publiques canadiennes en matière de santé sont parmi les moins élevées du monde.

Par contre, il convient d'élaborer un cadre pour la prestation des services par le secteur privé à but lucratif. Dans notre document d'orientation sur le degré de participation des secteurs public et privé, nous parvenons à la conclusion que la participation du secteur privé au système canadien de soins de santé ne représente pas un mal en soi, pas plus qu'elle ne représente une panacée, comme l'affirment trop de gens, à notre avis. La question de la participation des secteurs privé et public concerne surtout le fait de savoir quels services seront assurés, et dans quelles conditions. Nous avons fait mention dans notre mémoire sur la participation des secteurs privé et public de quelques secteurs où il serait possible d'assurer les services de façon appropriée, mais nous avons également indiqué que ce n'est pas souhaitable dans certains autres domaines. Il s'agit d'établir un équilibre délicat qui permet d'encourager l'innovation sur le plan de la recherche dans les secteurs à la fois public et privé, de favoriser la prestation de services de grande qualité et de garantir la responsabilisation des administrateurs du système vis-à-vis du public.

When partnering with a for-profit private sector to deliver services, there must be clear expectations, explicit quality standards and transparent accountability mechanisms, without which there will not be access to high-quality services. We must ensure that there are savings to be made. I have not yet heard of any case where savings can be made. Some people point to the fact that there might be the same costs in the private sector, but no savings.

I am reminded of the constant repetition of the Ontario Auditor General in analyzing the private cancer clinic at Sunnybrook Hospital, the after-hours clinic, where he points out that some of the reports have been comparing apples with oranges. Very routine, simple cases are being treated in the private, after-hours, clinic, and it is costing \$3,500 a person. In the more complex variety of cases presented, in the for-profit delivery system, it is costing \$3,000 a case. Granted, both are cheaper than in the United States, but clearly we have alternatives. We must consider them, but we must also consider what is good for the Canadian public.

We must monitor and assess the level and impact of private funding. Growing private sector funding may threaten access to necessary health services. I say again that our bottom line is access, and access must not be based on ability to pay.

We note that private funding in other countries has failed to reduce waiting lists. Volume one of your own report looks at the cases of New Zealand and Great Britain where waiting lists were not reduced by having extra private funding or a parallel private system, and private funding has increased, not decreased, total health costs. Greater private funding may also compromise our global competitiveness by shifting more costs to the private sector — something they have not said that they are inviting.

The jury is still out as to whether the magic number is 30/70. Perhaps it is; perhaps it is not. What we would ask governments and people making recommendations to do is not to recommend adding to private sector funding unless we know the impact on accessibility. We ought not do this unless we understand the evidence of its impact. All of this must be carefully monitored. That is our bottom line.

Du moment qu'il est question de partenariat avec le secteur privé à but lucratif en vue de la prestation de services, les attentes doivent être claires, les normes de qualité doivent être bien explicitées, et les mécanismes de responsabilisation doivent être axés sur la transparence; sinon, les citoyens n'auront pas accès à des services de grande qualité. Nous devons nous assurer de la possibilité de réaliser des économies. Je n'ai pas encore entendu parler de cas précis où il serait possible de réaliser des économies. Certains prétendent plutôt que les coûts seraient les mêmes pour le secteur privé, si bien qu'il ne serait pas possible de faire des économies.

Je me rappelle ce qu'a répété à maintes reprises le vérificateur général de l'Ontario dans son analyse de la clinique privée de traitement du cancer à l'Hôpital Sunnybrook — c'est-à-dire la clinique qui dispense des soins en dehors des heures de travail — à savoir qu'on a tendance à comparer des éléments qui se comparent mal dans certains rapports. C'est-à-dire que des problèmes de santé très simples sont parfois traités dans les cliniques privées, en dehors des heures de travail, à un coût de 3 500 \$ par personne. Par contre, des cas plus complexes qui sont pris en charge par le système de prestation des soins à but lucratif coûtent 3 000 \$ par personne. Il va sans dire que dans les deux cas, les soins coûtent moins cher qu'aux États-Unis, mais en même temps, d'autres solutions sont possibles. Nous devons absolument explorer ces possibilités-là en gardant à l'esprit ce qui convient le mieux aux citoyens canadiens.

Il faut également surveiller et évaluer le degré de participation du secteur privé au financement des services et l'incidence de cette participation sur le système. Il est possible qu'une participation accrue du secteur public compromette l'accès aux services de santé essentiels. Je répète que notre grande priorité est l'accès, et que l'accès ne doit pas être fondé sur la capacité contributive.

Nous constatons que l'apport de fonds privés dans les autres pays n'a pas permis d'écourter les listes d'attente. Le volume 1 de votre propre rapport examine des cas précis en Nouvelle-Zélande et en Grande-Bretagne où les listes d'attente n'ont pas été écourtées du fait de pouvoir accéder à des fonds privés supplémentaires ou de recourir à un système privé parallèle, alors que la participation du secteur privé a fait augmenter les dépenses globales en matière de santé, plutôt que l'inverse. Une plus forte participation du secteur privé pourrait aussi compromettre notre compétitivité sur les marchés mondiaux en imposant une plus grosse part du fardeau au secteur privé — alors que ce dernier ne s'est pas encore déclaré prêt à assumer ce fardeau.

Les experts ne savent toujours pas si le ratio magique est de 30 à 70. C'est peut-être ça; ou c'est peut-être autre chose. Ce que nous demandons aux gouvernements et à ceux qui font des recommandations, c'est de ne pas recommander d'accroître la participation du secteur privé tant que nous ne connaîtrons pas l'impact sur l'accessibilité. Nous ne devrions rien faire sur ce plan-là tant que nous ne serons pas sûrs de savoir quelles en seront les conséquences. Tout cela doit être suivi de très près. Voilà ce qui nous semble essentiel.

When preparing your final report, we urge you to deal with issues that we did not find to be adequately covered. For instance, we would like to add leadership as an additional role for the federal government. After all, the federal government is the only level of government that can ensure access for Canadians to comparable services, wherever they live in this country. No one provincial or territorial government that can ensure that. Only the federal government can do that, and it should take leadership in this area.

There must be meaningful consultation and agreed-upon roles and responsibilities between governments, health managers and trustees. We know from experience that this is not always the case. We must encompass facility-based long-term care as an essential component of the publicly funded system, albeit with some form of copayment, which exists currently. Long-term care is an important part of the continuum, and a lack of facility-based long-term care is one of the main reasons for hospital bed shortages. We cannot ignore that as an important part of the continuum.

We must address the urgent need for capital infrastructure. Your report focused on health information infrastructure, on medical equipment, on human resource infrastructure, but capital infrastructure cannot be ignored. We must provide additional funding for palliative care, and funding for emergency medical services including ambulances and emergency room services. We must involve the health sector in discussions regarding international trade agreements, and we must include ethical decision making as a key component of the ensuing decision-making processes regarding the future of our health system. For instance, in some countries, there is no access to kidney dialysis for people over 65 years old. Would Canadians agree with the ethics of that kind of approach?

There was a lot to cover in a short time, but I would like to leave you with a few key messages. The federal government can afford to devote more public money to health services, and it is not currently providing its fair share. The publicly funded system should include services that are 100 per cent publicly funded — more than currently — and could also include copayments for parts of the continuum, where appropriate. I have mentioned long-term care in particular. There is a role for for-profit private sector funding and delivery, but it must be within a very carefully controlled context. It must not interfere with access based on health need. We must ensure quality services based on national standards, and there must be transparent accountability mechanisms. System change is essential.

En ce qui concerne la préparation de votre rapport final, nous vous exhortons à vous attaquer à des questions qui, de notre avis, n'ont pas été suffisamment bien analysées. Par exemple, nous souhaiterions ajouter aux responsabilités du gouvernement fédéral celle de jouer un rôle de chef de file. Après tout, le fédéral est le seul ordre de gouvernement qui puisse garantir à tous les Canadiens l'accès à des services comparables, quelle que soit la région qu'ils habitent. Aucune administration provinciale ou territoriale n'est en mesure de faire cela. Seul le gouvernement fédéral peut offrir cette garantie, et il devrait donc assumer un rôle de direction dans ce domaine.

Il doit aussi y avoir des consultations fructueuses et un accord solide sur les rôles et responsabilités des uns et des autres entre gouvernements, administrateurs et responsables du système de soins. Notre expérience nous apprend que ce n'est pas toujours le cas. Les soins de longue durée en établissement doivent aussi être considérés comme une composante essentielle du système public de soins de santé, même en admettant une forme quelconque de copaiement, comme c'est le cas actuellement. Les soins de longue durée font partie intégrante de la gamme complète des services, et le manque de places dans les établissements de soins de longue durée est une des principales raisons pour lesquelles il existe des pénuries de lits dans les hôpitaux. Nous ne pouvons fermer les yeux sur cette réalité; ces soins font partie intégrante de la gamme complète des services qu'il faut assurer à la population.

Nous devons nous attaquer au besoin urgent en matière d'immobilisations. Votre rapport a mis l'accent sur l'infrastructure pour la diffusion de l'information sur la santé. sur l'équipement médical, et sur l'infrastructure en matière de ressources humaines, mais on ne peut ignorer l'importance des immobilisations. Nous devons prévoir des crédits supplémentaires pour les soins palliatifs et pour les services médicaux d'urgence, tels que les ambulances et les services à l'urgence. Nous devons faire participer le secteur de la santé aux discussions sur les accords commerciaux internationaux, et les décisions qui s'appuient sur des principes déontologiques doivent désormais être considérées comme un élément clé du processus décisionnel touchant l'avenir de notre système de soins de santé. Par exemple, dans certains pays, les personnes âgées de plus de 65 ans n'ont pas accès aux services de dialyse rénale. Les Canadiens seraient-ils d'accord pour accepter les principes déontologiques qui soustendent ce genre d'approche?

J'avais évidemment beaucoup d'éléments à aborder en peu de temps, mais je voudrais insister sur quelques messages clés. Le gouvernement fédéral peut se permettre de consacrer plus de deniers publics aux services de santé, surtout qu'il n'assume pas actuellement sa juste part des dépenses. Le système public devrait englober des services qui sont à 100 p. 100 financés par l'État—plus qu'à l'heure actuelle, autrement dit— et pourrait également prévoir une formule de copaiement pour certains services, le cas échéant. J'ai parlé notamment des soins de longue durée. Le secteur privé à but lucratif a certainement un rôle à jouer dans le financement et la prestation des services de santé, mais son rôle doit être bien délimité. La participation du secteur privé ne doit absolument pas compromettre l'accès aux soins en fonction du besoin. Nous devons nous assurer de garantir des services de

The last key point I would like to leave with you is that we must move from talk to action. In closing, I would urge this committee to make concrete recommendations for implementing changes at the federal level. Of course, this will need to be done within the parameters of economic and political realities; in other words, the art of the possible. I look forward to discussing with you what is possible and what is not.

The Deputy Chairman: I will now call on Mr. Georgetti and Ms Cindy Wiggins, who is a senior researcher in the social and economic policy department of the Canadian Labour Congress.

Mr. Kenneth V. Georgetti, President, Canadian Labour Congress: On behalf of the 2.5 million members of the Canadian Labour Congress, I would thank the Senate committee for the opportunity to present the views of the labour movement regarding the reform of Canada's public health care system. The CLC has written a comprehensive brief to the Commission on the Future of Health Care in Canada, which we have submitted to this committee as well.

I will summarize our key positions on public health care.

Affiliates of our Canadian Labour Congress represent a significant number of workers in the health care field including nurses, orderlies, laundry, maintenance and cleaning workers, as well as home and long-term care workers. The public health system has provided critical employment opportunities for Canadian women and men, who make up about 80 per cent of the work force, many of whom are members of unions. In addition to maintaining public health care, our members also have concerns about the issues related to health broadly, issues such as workplace health and safety, health promotion, disease prevention and the determinants of health.

The labour movement played a major role in supporting the establishment of medicare. Labour leaders of the day recognized the immense contribution of equitable access to health care services and what they would mean to raising the living standards of working people, and indeed of all Canadians. It was understood that a public health care system would contribute to an efficient, productive economy. A healthy work force, minimum labour relations strife over the bargaining of health benefits, and lower employer costs for health care still give a significant competitive advantage to Canadian employers.

grande qualité qui s'appuient sur des normes nationales, et les mécanismes de responsabilisation doivent être transparents. Il va donc sans dire que certains changements s'imposent.

Le dernier point important sur lequel je voudrais insister, c'est que nous devons absolument passer de la parole aux actes. En terminant, je me permets d'exhorter le comité à faire des recommandations concrètes sur les changements à prévoir au niveau fédéral. Bien sûr, cela devra se faire en tenant bien compte des réalités économiques et politiques; il s'agit autrement dit de l'art du possible. J'attends avec impatience l'occasion de discuter avec vous de ce qui est possible et de ce qui ne l'est pas.

La vice-présidente: Je donne maintenant la parole à M. Georgetti et à Mme Cindy Wiggins, attachée de recherche principale au Service des politiques sociales et économiques du Congrès du Travail du Canada.

M. Kenneth V. Georgetti, président, Congrès du Travail du Canada: Au nom des 2,5 millions de membres du Congrès du Travail du Canada, je voudrais remercier le comité sénatorial de l'occasion qui nous est donnée ce matin de présenter le point de vue du mouvement syndical sur la réforme du système public de soins de santé du Canada. Le CTC a rédigé un long mémoire qu'il a soumis à l'examen de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, mémoire que nous avons également remis au comité sénatorial.

Permettez-moi donc de vous résumer les positions importantes que nous avons adoptées à l'égard du système public de soins de santé.

Les affiliés au Congrès du Travail du Canada représentent un nombre important de travailleurs du secteur de la santé, y compris les infirmiers et infirmières, les préposés aux malades, les travailleurs des buanderies, les préposés à l'entretien, de même que les fournisseurs de soins à domicile et de soins de longue durée. Le système public de soins de santé a été pour les hommes et les femmes du Canada une source de possibilités d'emploi critique, et les travailleurs de ce secteur de l'économie représentent environ 80 p. 100 de la population active, dont bon nombre sont membres de syndicats. En plus de s'inquiéter du maintien des soins de santé publics, nos membres ont également des préoccupations concernant la santé en général, la santé et la sécurité au travail, la promotion de la santé, la prévention des maladies et les déterminants de la santé.

Le mouvement syndical a joué un rôle prépondérant dans la création du système de soins en exprimant son soutien pour la création d'un tel système. Les dirigeants syndicaux de l'époque avaient compris à quel point l'accès équitable aux services de santé serait un atout incomparable et les conséquences que cela pourrait avoir pour le niveau de vie des travailleurs et de tous les Canadiens. Il était entendu à l'époque qu'un système public de soins de santé contribuerait à créer une économique efficace et productive. Une population active saine, un minimum de conflits de travail touchant la négociation des avantages sociaux liés à la santé, et de plus faibles charges sociales pour les employeurs en matière de santé continuent d'accorder aux employeurs canadiens un avantage concurrentiel important.

Moreover, a single-payer, publicly funded system was seen as the best way to provide high-quality care at a much lower cost overall than a health care system based on taking profit. Sharing collectively the risks of ill health was then, and remains now, a core value held by Canadians. It must be remembered that medicare was put in place after we — labour, employers and government — agreed as a society that the cost of industrial accidents ought to be borne collectively by the whole economy and not just by the worker injured on the job.

The same principle, we argue, is at the heart of how the labour movement views the costs of ill health and access to health care in Canada. For the past few years, the issue of health care has been front and centre in the public policy debate. After the National Forum on Health issued its report, several provinces conducted their own commissions on health care. Now we have the Senate committee and a royal commission. It is safe to say that all of this activity indicates the importance we place on health care.

Many challenges face us as we struggle to find the way to ensure the future of our public health care system. Federal cuts in funding for health care over the last two decades put a financial burden on the system. At the same time, some provincial governments, claiming that medicare is unsustainable, chose to cut taxes rather than invest those revenues in health care. We think the federal government is somewhat justified in saying that the increased health funding it provided in the year 2000 is being used for provincial tax cuts.

In debating the future of public health care, certain interests argue that public health care is simply unsustainable. Their solution is to allow for a for-profit tier of health care and even a private tier of health insurance to cover services now publicly insured. This is an issue in this committee's Issues and Options paper where it was noted that the principle of public administration in the Canada Health Act prevents such private insurance.

The Canadian Labour Congress affirms the labour movement's commitment to a national system of public health care governed by the Canada Health Act with services delivered on a not-for-profit basis. Our views are anchored in the notions of the rights of citizenship, shared values, the benefits of democracy and the belief that a major role of government, if not the major role, is to act for the public good.

De plus, un système public à payeur unique est considéré comme la meilleure façon d'assurer des soins de grande qualité à un coût bien moins élevé dans l'ensemble que ne serait le cas si l'on crée un système de soins à but lucratif. Le partage collectif des risques de la maladie était alors, et demeure, une valeur fondamentale pour les citoyens canadiens. Il faut se rappeler que le système d'assurance-santé a été mis en place après que nous — c'est-à-dire les syndicats, les employeurs et les gouvernements — ayons accepté comme société que le coût des accidents industriels soit à la charge de toute l'économie, et pas seulement du travailleur blessé au travail.

À notre avis, le même principe sous-tend le point de vue du mouvement syndical vis-à-vis des coûts de la maladie et l'accès aux soins de santé au Canada. Depuis plusieurs années, la question des soins de santé fait l'objet d'un vif débat public au Canada. Après la publication du rapport du Forum national sur la santé, plusieurs provinces ont créé leur propre commission et les ont chargées de faire une étude des soins de santé. À l'heure actuelle, le comité sénatorial et la commission royale procèdent à une étude. Je ne crois pas me tromper en disant que toute cette activité prouve bien l'importance que nous rattachons à notre système de soins de santé.

Dans le cadre de nos efforts pour garantir la viabilité future de notre système public de soins de santé, nous aurons de nombreux défis à relever. La réduction des crédits fédéraux versés au titre des soins de santé au cours des deux dernières décennies a augmenté les pressions financières pour l'ensemble du système. En même temps, certains gouvernements provinciaux, déclarant que le système de soins n'est plus viable, ont décidé de réduire les impôts plutôt que d'investir ces revenus dans le système de soins. À notre avis, le gouvernement fédéral n'a pas tout à fait tort de dire que les crédits supplémentaires qu'il a accordés aux provinces en l'an 2000 servent à l'heure actuelle à financer les réductions d'impôt au niveau provincial.

Dans le contexte de ce débat sur l'avenir du système public de soins, certains groupes font valoir que le système public de soins de santé n'est tout simplement plus viable. La solution que proposent ces derniers consiste à prévoir un volet de soins de santé qui serait assuré par des organismes à but lucratif, et même des assurances privées pour couvrir des services qui sont actuellement assurés par l'État. Dans le rapport du comité intitulé «La santé des Canadiens: Questions et options», il a été noté que le principe de l'administration publique du système qui est énoncé dans la Loi canadienne sur la santé empêche la création d'assurance privée de ce genre.

Le Congrès du Travail du Canada désire affirmer l'engagement du mouvement syndical vis-à-vis d'un système national et public de soins de santé qui repose sur la Loi canadienne sur la santé et donc sur une formule de prestation des services à but non lucratif. Notre perspective à cet égard repose sur des notions clés telles que les droits des citoyens, nos valeurs partagées, les avantages de la démocratie et la conviction que l'une des plus importantes responsabilités d'un gouvernement, sinon la plus importante responsabilité, consiste à agir dans l'intérêt public.

The attainment of the highest possible standard of health is a fundamental right for all people, recognized both here in Canada and internationally. Equal access to health care is one of the means through which that standard can be attained. It can be argued that, even if all other means to good health are available to people, in the absence of equitable access to the best quality of health care available, the highest standard of health care is not attainable. Thus, the CLC believes that equitable access to health care, as embodied in medicare, is a right of citizenship, not merely an entitlement.

The difference between a human right and an entitlement is important. A human right is inalienable and cannot be taken away or limited. An entitlement implies an agreed-upon privilege or a contract between society and its government that may be altered or limited under certain circumstances. We also believe that the right to equitable access to health care cannot be achieved by a system that has both public and for-profit tiers of care. All evidence shows that, in systems where profit is both the fundamental value and the responsibility of those systems, unequal outcomes are born by some people in terms of access, quality of care and cost burden.

Dr. Bernard Lown, winner of the 1985 Nobel Peace Prize, has this to say about for-profit health care and their values, and I quote:

For-profit health care is an oxymoron. The moment care is rendered for profit, it is empty of genuine caring. This moral contradiction is beyond repair. It entails abandoning values acquired over centuries of professionalizing health care into a humanitarian service.

I am sure no one is surprised that I quote Mr. Tommy Douglas in our brief. In his unfailing commitment to the establishment of a public health care plan, Mr. Douglas said:

I came to believe that health services ought not to have a price tag to them, and that people should be able to get whatever health services they require irrespective of their individual capacity to pay.

In other words, public health is a public good, not a commodity, primarily because health care is not a commodity like other goods and services. The bottom line in health care is good health outcomes for people, no matter what the cost. The bottom line in business is the best return possible on investment. These two perspectives are directly contrary and hold competing values.

L'application de normes aussi rigoureuses que possible dans le domaine de la santé représente un droit fondamental pour tous les peuples, un droit qui est reconnu au Canada et à l'échelle internationale. La garantie d'un accès égal aux soins de santé est l'un des moyens par lesquels nous pouvons nous assurer d'appliquer de telles normes. On pourrait soutenir que même si les citoyens peuvent prendre tous les autres moyens pour s'assurer de leur bon état de santé, en l'absence d'un accès équitable aux soins de la meilleure qualité possible, l'application des normes les plus rigoureuses possible, dans le domaine de la santé, devient impossible. Ainsi le CTC est d'avis que l'accès équitable aux soins de santé, qui est la clé de voûte de notre système actuel de soins, est un droit dont jouissent tous les citoyens, et pas simplement un avantage qu'on leur offre.

La différence entre un droit et un avantage est très importante. Un droit fondamental est de par sa nature inaliénable; on ne peut donc ni enlever ni limiter un droit. Un avantage suppose une sorte de contrat entre la société et son gouvernement pour accorder un privilège qui peut être modifié ou limité dans certaines circonstances. À notre avis, le droit des citoyens à un accès équitable au système de soins ne peut s'exercer dans le cadre d'un système comportant à la fois un volet public et un volet à but lucratif. Il a été largement prouvé que dans les systèmes où le profit est une valeur fondamentale et un objectif, certaines personnes sont lésées par des inégalités en matière d'accès, de qualité des soins et de coûts.

Le Dr Bernard Lown, lauréat du prix Nobel de la paix en 1985, a déclaré ce qui suit au sujet des soins médicaux à but lucratif et des valeurs, et je cite:

Des soins médicaux ne peuvent être prodigués dans un but lucratif. Ces deux éléments sont fondamentalement contradictoires car, dès qu'ils sont prodigués dans ce but, il n'y a plus de compassion véritable. Cette contradiction morale est flagrante. Elle entraîne l'abandon de valeurs acquises au fil des siècles de soins de santé prodigués à titre humanitaire par des professionnels.

Je suis sûr que cela ne surprendra personne que j'ai voulu citer les propos de M. Tommy Douglas dans notre mémoire. Lui qui a toujours prôné un régime de soins de santé public est arrivé à la conclusion suivante:

J'ai fini par comprendre qu'il ne convient pas de rattacher de prix aux services de santé et que chaque personne doit pouvoir recevoir les soins de santé dont elle a besoin, indépendamment de ses moyens financiers.

Autrement dit, les soins de santé publique constituent un bien collectif et non pas un produit, tout simplement parce que les soins ne sont pas un produit comme d'autres produits et services. L'essentiel dans tout système de soins, c'est que les résultats soient bons pour les citoyens, du point de vue de leur état de santé, quel qu'en soit le coût. En affaires, ce qui compte, c'est d'avoir le meilleur rendement possible sur son investissement. Ces deux optiques sont tout à fait contraires et reposent sur des valeurs contradictoires.

This fundamental belief anchoring medicare is shared by the vast majority of Canadians. It is an expression of our core values as a society. These include compassion, fairness, the dignity of people, economic and social security, and a commitment to the equality of opportunity for all of our citizens.

Much of the debate today focuses on whether public health care is sustainable. It is worth noting that, while affordability of health care gets all of the ink, several other factors are critical elements of sustainability. These include prescription drug costs, health protection issues, workplace health and safety, the health of the environment, occupational disease, primary health care reform and demographics. The sustainability issue can be posed in this way: Do governments have the fiscal capacity to provide high-quality, comprehensive health care services under a single, fair, publicly funded system? Is it necessary to privatize health care costs by expecting some people to pay for health services beyond what they pay for them in their taxes?

In the context of the latter question, the for-profit delivery of health care is assumed to be integral to the question. However, this is really a separate issue from how we pay for health care. Even if there were a consensus that the public purse could not finance all of our health care needs, health services could still be delivered on a non-profit basis. However, those who favour the increased private payment also seem to favour the for-profit delivery of health services. The argument contends that for-profit delivery will ease the burden on the public treasury, therefore making health care costs sustainable.

In respect of the financing issue, there is nothing inherent in private spending that will constrain or lower overall health care costs. This can only be the case if fewer health services are provided or if health services are less expensive when paid for privately. Fewer services would imply that people would be going without care — an unacceptable outcome. If the volume of health services does not decline, overall costs will not be contained, no matter how they are paid for, publicly or privately. There is no evidence that health services cost less on a per-service basis when paid for privately. In fact, evidence shows that the opposite is primarily true because of higher administrative costs and, of course, a required profit margin that is inherent in such a system.

Cette conviction fondamentale qui sous-tend le système de soins de santé est également celle de la grande majorité des Canadiens. Notre système de soins est en quelque sorte l'incarnation de nos valeurs fondamentales en tant que société — des valeurs comme la compassion, l'équité, la dignité humaine, la sécurité économique et sociale, et un engagement vis-à-vis de l'égalité des chances pour toute la population.

À l'heure actuelle, le débat s'articule beaucoup autour de la question de savoir si le régime public de soins de santé est viable ou non. Il convient de noter que, même si on parle sans arrêt du fait que le régime coûte trop cher, plusieurs autres facteurs revêtent une importance critique pour assurer la viabilité du système. Il s'agit, entre autres, du coût des médicaments, de questions liées à la protection de la santé, la santé et la sécurité au travail, l'état de l'environnement, les maladies professionnelles, la réforme des soins primaires et l'actuelle situation démographique. La question de la viabilité peut se résumer ainsi: les gouvernements ont-ils la capacité financière d'offrir une gamme complète de services de santé de première qualité dans le cadre d'un système à payeur unique, financé par l'État? Est-il nécessaire de privatiser certains coûts du régime en demandant aux citoyens de payer certains soins ou services en plus de ce qu'ils paient déjà sous forme d'impôts?

En ce qui concerne cette dernière question, l'idée de la prestation des soins selon une formule à but lucratif est considérée comme étant primordiale. Mais en réalité, cette question-là est tout à fait distincte de celle de savoir comment nous devons financer notre régime de soins. Même si les citoyens étaient d'accord pour reconnaître que les moyens financiers de l'État ne sont pas suffisants pour répondre à la totalité de nos besoins en matière de santé, il serait tout de même possible d'assurer des services de santé selon une formule à but non lucratif. Mais ceux qui sont en faveur d'un plus grand financement privé semblent également préconiser la prestation de services de santé dans un but lucratif. L'argument qu'ils avancent, c'est qu'une formule à but lucratif permettra de réduire les pressions financières qui s'exercent sur le Trésor public, si bien que les dépenses liées à la santé seront moins importantes.

Pour ce qui est du financement, il convient de reconnaître que la participation accrue du secteur privé au financement du régime ne peut en soi limiter ou réduire le coût global des soins de santé. Cela peut se produire uniquement si l'on assure moins de services ou si les services coûtent moins cher lorsqu'on passe par des assurances privées. Mais le fait d'offrir moins de services voudrait nécessairement dire que certains citoyens devraient se passer de soins — un résultat que nous jugeons inacceptable. Si le volume des services de santé ne diminue pas, on ne réussira pas à contenir les coûts globaux, qu'ils soient payés à l'aide de fonds publics ou de fonds privés. Les faits ne permettent absolument pas de conclure que les services de santé coûtent moins, selon une formule de paiement à l'acte, lorsqu'on les paie par le biais d'assurance privée. Ils démontrent plutôt le contraire, car la prise en charge de services par le secteur privé suppose des coûts administratifs plus élevés et, bien entendu, une marge bénéficiaire qui sous-tend nécessairement un tel système.

In a mixed system, costs could only be lower if services were tiered according to quality, with more expensive or higher quality services offered in a private for-profit tier and lower quality, less expensive services offered in a public tier. Some cost savings might be achieved, but this too is an unacceptable outcome in a society that places high value on equality in the accessibility, comprehensiveness and quality of health services. The same standard of care is highly valued by Canadians.

The for-profit delivery of health care services will not benefit anyone other than those who stand to make a profit or those who obtain quicker access to better care by virtue of having sufficient personal financial resources to pay for it. Few Canadians have those resources without sacrificing some aspect of their standard of living.

The CLC believes that, if we cannot afford to pay for health care publicly, then certainly we cannot afford to pay for it privately. The pot of money from which to draw for health care spending comes from only one source — individual people. If some people can afford to use more of their income or wealth to pay privately for health services, then there is a greater scope for progressive taxation, we would argue, with the positive outcome that everyone then has equitable access to the same quality of health care.

The CLC believes that the share of public resources devoted to health care is primarily a matter of political choice, barring catastrophic economic circumstances such that the economy stops growing for a very long time. We argue that to be an unlikely circumstance.

There is no magic number that we can say ought to be spent on public health care, however, we do know that we have decided, as a country, that we favour a publicly financed system of health, delivered on a non-profit basis for many reasons: its intrinsic fairness and efficiency, for sure, its low administrative costs, and its value for money spent. At the same time, we expect the system to be well organized, adaptable to change and capable of meeting the health needs of the population.

Governments do have the fiscal capacity to preserve and expand the integrity of medicare and they will continue to do so. It was always understood that health care costs would increase as the system matured, as medical science advanced and as our population aged. Growing health care costs are not a surprise to us. What is needed is political commitment, good judgment,

Dans le cadre d'un système mixte, les coûts seraient moins élevés seulement si les services étaient segmentés en fonction de la qualité, c'est-à-dire que des services plus coûteux ou de meilleure qualité seraient assurés par des cliniques privées à but lucratif, et les services moins coûteux et de moins bonne qualité seraient assurés par des établissements publics. Il serait peut-être possible de réaliser des économies, mais un tel résultat serait tout à fait inadmissible pour une société qui attache énormément d'importance à l'accès équitable au système, et à la nécessité d'offrir aux citoyens une gamme complète de services de santé de première qualité. Les Canadiens tiennent à avoir accès à des soins et services de santé de cette même qualité.

La prestation de services de santé par des établissements privés n'avantagera personne si ce n'est ceux qui peuvent réaliser des bénéfices grâce à ce système ou qui peuvent accéder à de meilleurs soins plus rapidement du fait d'avoir la capacité financière de payer eux-mêmes ces soins. Or peu de Canadiens peuvent se permettre ce genre de chose sans avoir à faire des sacrifices par rapport à leur niveau de vie.

De l'avis du CTC, si nous n'avons pas les moyens de payer un système public de soins de santé, nous n'avons certainement pas les moyens de payer un système de soins privé. Les crédits affectés aux soins de santé viennent d'une seule source: les citoyens individuels. Si certains peuvent se permettre d'utiliser une plus grande part de leurs revenus ou de leur richesse pour acheter des services de santé privés, il y a peut-être lieu de prévoir un régime d'imposition progressif pour leur faire payer plus d'impôt, ce qui aurait pour résultat positif de garantir à tous un accès équitable à des soins de santé de qualité égale.

Pour le CTC, la part des ressources publiques consacrées aux soins de santé relève d'un choix essentiellement politique, à condition de ne pas faire face à une situation économique catastrophique qui fait qu'il n'y a plus de croissance économique pendant longtemps. À notre avis, c'est quelque chose qui est peu probable.

Nous ne sommes pas en mesure de vous donner un chiffre magique pour ce qui est de la somme qu'il faut consacrer au régime de soins de santé; nous savons toutefois que comme pays, nous avons décidé que nous sommes en faveur d'un système de soins assurés à but non lucratif et financé par les deniers publics, et ce pour de nombreuses raisons, notamment parce qu'un tel système est fondamentalement plus juste et plus efficace, coûte moins cher à administrer et permet d'optimiser les ressources financières qu'on y consacre. En même temps, nous nous attendons à ce que le système soit bien organisé, qu'il puisse s'adapter quand la situation évolue et qu'il permette de répondre aux besoins de la population en matière de soins et de services de santé.

Les gouvernements ont la capacité financière de préserver voire même d'améliorer l'intégrité du système de soins de santé et ils continueront de le faire. On a toujours su que les coûts liés aux services de santé augmenteraient à mesure que le système se développe, que la médecine progresse et que la population vieillit. L'augmentation de ces coûts ne nous a jamais surpris. Ce qu'il

investment in the kind of health care reform which will improve an already good system, and adequate, stable financing provisions between both levels of government.

Two points are worth noting in respect of public spending on health care as a share of GDP. Canada ranks eighth of 17 industrialized countries, according to the OECD Health Data 2000 report. This indicates to us that public spending on health care is well within our means as a nation. When it comes to total spending on health care, public and private, we rise to the fifth highest in health expenditures. This ought to give us pause for thought, particularly when we see that Canada ranks 21st in public expenditures as a share of total expenditures. Many more nations, therefore, publicly finance a greater share of health spending than does Canada.

In summary, Canada has one of the finest health care systems in the world. Contrary to the media reports of a system in extreme crisis, our public system meets the health needs of Canadians extremely well. We do need to find solutions to pressing problems in many areas such as, the waiting lists for critical treatments, access to affordable home care, long-term and palliative care, soaring prescription drug costs and the fee-for-service payment method for paying physicians.

We must take a long and careful look at the implications of ongoing international trade agreements and how they pose a threat to the viability of public health care systems, particularly the current negotiations on trade in services. This is an area that the federal government must be completely honest and forthcoming about.

Our key recommendations are as follows: First, replace the Canada Health and Social Transfers with three individual programs for health, education, and social assistance. Second, expand public health care to include a national system of home care, long-term care and palliative care. Third, explore ways to contain prescription drug costs, including a national pharmacare program, and review the Patent Act legislation to ensure that prescription drugs are considered to be a public good. Fourth, protect health care from international rules of trade. Fifth, increase federal cash funding to 25 per cent of health care spending, with a view to increasing the federal share to 50 per cent. In addition, the federal government must guarantee stable, predictable funding and return to enforcing the provisions of the Canada Health Act. Sixth, implement regulations that will protect the public health with respect to the safety of our food, drugs, and medical products, including regulation with respect to the safety and labelling of genetically engineered food.

faut, c'est un engagement politique, un jugement sûr, des investissements dans le genre de réforme des soins de santé qui améliorera un système qui est déjà bon, et un financement adéquat et stable de la part des deux paliers de gouvernement.

Je voudrais soulever deux points importants en ce qui concerne les fonds publics consacrés aux soins de santé en tant que pourcentage du PIB. Le Canada se classe huitième parmi 17 pays industrialisés, selon le rapport publié par l'OCDE en 2000 présentant des données sur les soins de santé. Cela prouve bien, en ce qui nous concerne, que nos dépenses publiques au titre des soins de santé ne dépassent absolument pas nos moyens en tant que nation. Pour ce qui est des dépenses globales consacrées à la prestation de soins de santé par les secteurs public et privé, nous sommes en cinquième place. Cela devrait nous donner à réfléchir, surtout que nous constatons que le Canada se classe 21° en ce qui concerne ses dépenses publiques en tant que pourcentage des dépenses globales. Cela veut dire que dans beaucoup d'autres pays, l'État assume une plus grosse part des dépenses liées à la santé que le Canada.

En résumé, le Canada dispose d'un des meilleurs systèmes de soins de santé du monde. Contrairement aux messages véhiculés par les médias, qui font état d'un système en pleine crise, notre régime public répond très bien aux besoins des Canadiens en matière de santé. Nous devons évidemment trouver des solutions à un certain nombre de problèmes pressants, tels les listes d'attente pour des traitements critiques, l'accès aux soins à domicile à des prix abordables, les soins de longue durée et les soins palliatifs, l'explosion des coûts des médicaments délivrés sur ordonnance et la formule de rémunération à l'acte pour les médecins.

Nous devons aussi examiner en profondeur les conséquences des accords commerciaux internationaux que nous avons conclus, par rapport à la possibilité que ces derniers compromettent la viabilité de nos systèmes publics de soins de santé, notamment dans le cadre des négociations qui se déroulent actuellement sur le commerce des services. Dans ce domaine, le gouvernement fédéral se doit d'être complètement honnête et transparent.

Nos recommandations clés sont donc les suivantes: D'abord, remplacer le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux par trois programmes individuels dans les trois secteurs de la santé, de l'éducation et de l'assistance sociale. Deuxièmement, élargir le régime de soins public pour qu'il englobe un système national de soins à domicile, de soins de longue durée et de soins palliatifs. Troisièmement, explorer diverses possibilités en vue de limiter les coûts des médicaments délivrés sur ordonnance, y compris l'établissement éventuel d'un programme national d'assurance-médicaments, et réexaminer la Loi sur les brevets pour garantir que les médicaments délivrés sur ordonnance seront désormais considérés comme un bien collectif. Quatrièmement, protéger les soins de santé contre les règles commerciales internationales. Cinquièmement, augmenter les crédits fédéraux pour qu'ils correspondent à 25 p. 100 des dépenses globales liées à la santé, et continuer de les augmenter jusqu'à ce qu'ils représentent 50 p. 100 des dépenses globales. De plus, le gouvernement fédéral doit garantir un financement stable et prévisible et recommencer à faire appliquer les dispositions de

Senator Morin: Ms Sholzberg-Gray, I read both of your documents with great interest and found them to be very well prepared. However, I wish to address the points on which we do not agree.

The matter of accountability is important. You broaden the concept of accountability on defining roles and responsibilities, the roles of management and of the providers. This is really the issue. That is one idea which certainly resonates with the committee and we will address that.

Public reporting is an issue that requires a good information system, which we do not have at the present.

I was interested in the matter of ethical decision making. With good reason, you raised the issue of the ethics of health rationing and restriction. Much work has to be done there. I do not believe our committee has addressed that. That is a recommendation we will consider.

Without passing judgment as to whether funding in the past was sufficient, providing more federal funding is an important issue. The debate, of course, is whether federal funding should be targeted or not. The provincial governments would prefer it not be targeted. There is some evidence funds that are not targeted go into a black hole. Rather than improving services, the money goes elsewhere; paving the parking lot or changing light bulbs. We have no evidence that there is an improvement in health services when funding which is not targeted is sent to the provinces.

We agree on the matter of user fees and medical savings accounts.

I could find nothing on the subject of premiums in your report. You maintain, with reason, that there is an issue with respect to user fees and medical savings accounts. Perhaps you could address that.

You also raise the issue of publicly funded services. I recognize that minor changes can be made to the basket of public funding. For example, medical expenses related to tattoo removal or chiropractic services. However, if we include home care and pharmacare, this raises the issue of our balance of public funding and private funding, 70/30, as compared to an average of 75/25 in the OECD. I believe the figure in Sweden is 85 per cent. I think we are already moving towards a 75/25 split. You state that the

la Loi canadienne sur la santé. Sixièmement, il faut adopter des règlements qui permettront de protéger la santé publique en ce qui concerne l'innocuité des aliments et la sécurité des médicaments et des produits médicaux, y compris des règlements touchant la sécurité et l'étiquetage des aliments génétiquement modifiés.

Le sénateur Morin: Madame Sholzberg-Gray, j'ai lu vos deux documents avec beaucoup d'intérêt et j'ai trouvé qu'ils avaient été très bien préparés. Je voudrais cependant aborder quelques points sur lesquels nous ne sommes pas du même avis.

La question de la responsabilisation est importante. Vous élargissez le concept de la responsabilisation par rapport à la définition des rôles et responsabilités, le rôle des administrateurs et le rôle des fournisseurs. C'est essentiellement de cela qu'il s'agit. Voilà donc une idée que le comité considère comme étant prioritaire et nous voudrons donc certainement l'examiner avec sérieux.

Pour ce qui est des rapports à communiquer au public, cela suppose un bon système d'information, ce qui n'existe pas à l'heure actuelle.

Je m'intéresse à la question des décisions fondées sur des principes déontologiques. Vous soulevez, à juste titre, la question morale qui sous-tend la limitation des services et soins de santé. Il y a beaucoup de travail à faire dans ce domaine. À mon avis, le comité ne s'est pas vraiment penché là-dessus. Voilà donc une recommandation dont nous voudrons tenir compte.

Sans porter un jugement sur le fait de savoir si le financement prévu par le passé était suffisant ou non, il est clair que la question d'un financement fédéral accru dans ce domaine est importante. Évidemment, le débat s'articule autour du fait de savoir si ce financement fédéral devrait être ciblé ou non. Les administrations provinciales préféreraient qu'il ne soit pas ciblé. Par contre, les faits semblent démontrer que lorsque les crédits ne sont pas ciblés, ils disparaissent dans un trou noir. Au lieu d'améliorer les services, ces crédits sont utilisés pour autre chose — pour faire regoudronner un terrain de stationnement ou changer les ampoules. Rien ne nous prouve, lorsque les sommes versées aux provinces ne sont pas ciblées, que les services de santé vont réellement être améliorés.

Nous sommes d'accord sur la question des frais modérateurs et les comptes de crédits médicaux.

Je n'ai rien pu trouver dans votre rapport au sujet des primes. Vous affirmez, à juste titre, que les frais modérateurs et les comptes de crédits médicaux posent problème. Peut-être pourriez nous expliquer de quoi il s'agit au juste.

Vous soulevez également la question des services financés par les deniers publics. Je reconnais qu'il serait possible d'apporter un certain nombre de changements mineurs au panier des services qui sont payés par l'État. Par exemple, les dépenses médicales liées à l'enlèvement des tatouages ou les services chiropratiques. Cependant, si nous incluons les soins à domicile et l'assurance-médicaments, cela soulève la question de l'équilibre à établir entre les sources de financement public et privé, le rapport au Canada

system is underfunded and you recommend a 1 per cent increase in the base budget, which would amount to \$1 billion in a \$100-billion system.

With respect to infrastructure, according to information studies, we require \$1 billion a year for at least 10 years to be invested in infrastructure. That brings funding up to 22 per cent. When people think about funding, they do not think about research, but that is a major part of what the federal government spends. The government has committed to increase funding to \$1 billion. That is a doubling, another \$0.5 million. The Canadian Association of Radiologists says that they require \$3 billion to \$5 billion to bring the system up to where it should be now.

Just to correct the present situation, without introducing new programs, would bring us fairly close to the 25 per cent public funding level. The public sector, not the private sector, has been increasing its funding. There is no evidence that private funding has been increasing proportionately. To simply correct the current problems in the health care system we must increase our funding. That would not take into account the introduction of expensive programs such as pharmacare, home care and so forth. I would like your thought on that.

I agree with you that public spending in health care is not out of control. As you state in your green document, what is out of control is the underfunding of the system and not the costs. Everyone recognizes that there has been underfunding over the last few years.

I would agree with your statement that there is a role for the for-profit, private sector as long as the access is based on need, that there is the provision of quality services based on national standards, and that there are good accountability mechanisms. I would go along with that statement.

I am surprised that you include in your list of areas where there should be increased funding certain institutions. For example, you feel we should fund facility-based long-term care. To me, home care is more important than that. If I had money, I would put it in home care rather than facility-based long-term care. Emergency medical services and the ambulance service, as compared to pharmacare, for example, may be a priority. I have already commented on the ethical decision making. I personally agree with most of what you have stated and you have provided us with two excellent documents.

étant de 70 à 30, alors que le rapport moyen est de 75 à 25 dans les pays de l'OCDE. Si je ne m'abuse, la part de l'État en Suède correspond à 85 p. 100. À mon avis, la situation évolue dans le sens d'un partage 75/25. Vous dites que le système est sousfinancé et vous recommandez un augmentation du budget de base de 1 p. 100, ce qui correspondrait à une injection de 1 milliard de dollars dans un système qui coûte 100 milliards.

S'agissant d'infrastructure, d'après certaines études, il faudrait investir 1 milliard de dollars chaque année pendant au moins 10 ans dans l'infrastructure. Cela ferait passer la part fédérale à 22 p. 100. Quand on pense au financement, on a tendance à oublier la recherche, alors que c'est un domaine où le gouvernement fédéral investit beaucoup d'argent. Le gouvernement s'est engagé à faire passer ce financement à 1 milliard de dollars. C'est deux fois plus, soit un autre demimillion de dollars. L'Association canadienne des radiologistes dit qu'il faut un investissement de 3 à 5 milliards de dollars pour apporter les améliorations au système qui permettra de le mettre à niveau.

Donc, les mesures qui permettraient de corriger la situation actuelle, sans créer de nouveaux programmes, nous amèneraient assez près d'un niveau de financement public de 25 p. 100. C'est le secteur public, plutôt que le secteur privé, qui augmente sa participation aux frais. Les faits n'indiquent aucunement que la participation du secteur privé augmente de façon proportionnelle. Mais pour simplement corriger les problèmes actuels qui caractérisent notre système de soins, nous devons absolument y investir plus d'argent. Cela ne tiendrait pas compte de l'introduction de programmes coûteux, comme l'assurance-médicaments, les soins à domicile, et cetera. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Je suis d'accord avec vous pour dire que, contrairement à ce que l'on prétend, les dépenses publiques en matière de santé n'évoluent pas de façon incontrôlable. Comme vous le dites dans votre document vert, pour l'instant, le seul problème incontrôlable est celui du sous-financement du système, plutôt que les coûts qu'il suppose. Chacun reconnaît que le système est sous-financé depuis plusieurs années.

Je suis d'accord avec vous pour dire que le secteur privé devrait pouvoir assurer des services dans un but lucratif à condition que l'accès aux services soit fondé sur le besoin, que les soins et services assurés dans les établissements privés respectent des normes de qualité nationale, et que leurs mécanismes de responsabilisation soient appropriés. Je serais d'accord là-dessus.

Je trouve surprenant que vous recommandiez d'accroître le financement de certains types d'établissements. Par exemple, vous estimez que nous devrions financer les soins de longue durée en établissement. Pour moi, les soins à domicile sont plus importants encore. Si j'avais de l'argent à investir, je l'investirais plus volontiers dans les soins à domicile que dans les soins de longue durée en établissement. Les services médicaux d'urgence et le service d'ambulance, par opposition à l'assurance-médicaments, par exemple, pourraient être jugés prioritaires. Je vous ai déjà fait part de mon avis sur la question des décisions fondées sur des

Ms Sholzberg-Gray: I would start by responding to your final comment related to facility-based long-term care. We did not focus on pharmacare and home care because that is one of the areas where we agreed with you. It is included in our list of agreements. We wanted to add items that we thought were missing in the options, and we think that any health system that does not look at facility-based long-term care would not provide a good continuum of care.

Our members represent the entire continuum — home care, long-term care and hospitals. Most of the provinces in this country have an integrated approach. We believe any approach that, for instance, looks at home care at the expense of long-term care, or at hospitals at the expense of long-term care, is not a good approach. The pressure on long-term beds today is due not only the absence of home care but also on the absence of long-term care beds.

That is an area where the private sector has not worked very well. Of those people who believe that private sector solutions are the answer, one would ask: Why is there a problem in long-term care, home care or pharmacare at all in this country? After all, those are the areas where free market solutions can prevail. There are no limitations on them. However, that has not resolved the problem of Canadians having complete access to those areas of care. That is food for thought. We believe the government has to focus on all areas and ensure that Canadians have access to the whole range of services. We agree with home care and pharmacare but you ought not to ignore the fact that with our increasing population of people aged over 80, 85, 90 or 95, provision of those services will pose a challenge in the future. In fact, it is presently a challenge in the province of Ontario where long-term care facilities will not be built for another five years, and they have been waiting 10 years. That is why you cannot get a bed in the Queensway-Carleton Hospital or the Ottawa Hospital.

To return to the issue of targeted funding, our organization was one of the first to talk about targeted and transitional funding as opposed to throwing more money into the CHST. We believe federal government money should be used to buy change and to buy something specific. That would alleviate the black hole problem that you mentioned. I used the words "black hole" in a presentation I made at McGill University two weeks ago.

principes déontologiques. Je suis d'accord avec la grande majorité de vos affirmations et à mon avis, vous nous avez fourni deux excellents documents.

Mme Sholzberg-Gray: Je voudrais d'abord réagir à votre dernière observation concernant les soins de longue durée en établissement. Nous n'avons pas vraiment consacré beaucoup de temps à la question de l'assurance-médicaments et des soins à domicile parce quà cet égard, nous sommes d'accord avec vous. Ces deux éléments sont inclus dans notre liste de domaines où nous sommes d'accord. Nous avons donc voulu ajouter d'autres éléments qui manquaient dans votre liste d'options, par exemple, et à notre avis, tout système de soins qui ne prévoit pas de soins de longue durée en établissement n'assure pas une gamme complète de soins.

Nos membres représentent l'ensemble des segments et services — les soins à domicile, les soins de longue durée et les hôpitaux. La plupart des provinces canadiennes ont une démarche intégrée. À notre avis, une démarche qui favorise les soins à domicile au détriment des soins de longue durée, ou encore les hôpitaux, au détriment des soins de longue durée, n'est pas une démarche appropriée. Les pressions qui s'exercent à l'heure actuelle au niveau des lits dans les établissements de soins de longue durée sont causées par l'absence non seulement des soins à domicile mais de lits dans les établissements de soins de longue durée.

Voilà donc un domaine où la participation du secteur privé n'a pas donné de très bons résultats. À ceux qui estiment que la solution consiste à faire participer le secteur privé, il convient de poser la question que voici: Pourquoi avons-nous un problème au niveau des soins de longue durée, des soins à domicile ou de l'assurance-médicaments au Canada? Après tout, dans tous ces domaines, des solutions faisant appel au marché libre peuvent être retenues. Là il n'y a pas de limites. Cependant, cela ne nous a pas permis de régler le problème au Canada de l'accès à ce type de soins. Cela devrait nous donner à réfléchir. À notre avis, le gouvernement doit s'intéresser à tous les secteurs d'activité et s'assurer que les Canadiens ont accès à toute la gamme des services. Nous sommes d'accord sur les soins à domicile et l'assurance-médicaments, mais il ne faut pas non plus fermer les yeux sur le fait que la population âgée de 80, 85, 90 ou 95 ans est en hausse, si bien que la prestation de ces services posera problème à l'avenir. De fait, la situation est déjà problématique dans la province de l'Ontario, où aucun établissement de soins de longue durée ne sera construit avant encore cinq ans, alors qu'on attend de tels établissements depuis une dizaine d'années. Voilà pourquoi on n'arrive pas à obtenir un lit à l'Hôpital Queensway-Carleton ou à l'Hôpital d'Ottawa.

Pour en revenir à la question du financement ciblé, notre organisme a été l'un des premiers à parler de financement ciblé et transitoire, à la place d'une autre augmentation des crédits consacrés au TCSPS. Pour nous, les crédits fédéraux doivent servir à changer le système et à obtenir quelque chose de bien précis. Cela permettrait de régler le problème du trou noir dont vous avez parlé tout à l'heure. D'ailleurs, lorsque j'ai fait un exposé à l'Université McGill il y a deux semaines, j'ai justement employé l'expression «trou noir».

Senator Morin: That is probably where I got it.

Ms Sholzberg-Gray: You have read our documents as they relate to the issue of private delivery. Just to clarify, we are concerned about private delivery in the area of complex care. We recognize that we have private blood testing companies such as Gamma-Dynacare. Doctors refer many of their patients to those private companies and there is no evidence that the blood testing done by those companies costs more than it would at a tertiary care hospital or that it is not quality-based or inappropriate. We are willing to consider those kinds of areas and other ancillary services, particularly in the diagnostic area. That might be where we can contemplate private delivery, but always with the caveat that they must be quality, value-for-money, proper services to the public. That is why we are cautious as to where that should be done.

You read our report in such detail that you understood that we did not discuss, in particular, the area of premiums, even though we asked you to refer to a section that dealt with premiums, medical savings accounts and user fees. We thought that user fees for services provided under the Canada Health Act were a bad idea. We were very concerned because to us it looked, at least from press reports and interviews, as if some members of this committee might have thought that adding user fees to existing Canada Health Act services would be a way of bringing on needed access to pharmaceuticals, home care and that kind of thing. From our perspective, that is not on.

You are right in saying that we do not address the issue of premiums, in particular, in that section. We contend that, if premiums are a tax — they are a regressive tax — what is the point of using premiums? We can make our income tax system more progressive.

Senator Morin: You say "even progressive" in the document. If it is progressive, it is not regressive.

Ms Sholzberg-Gray: I agree. We are saying it is useless to do it that way. In other words, rather than have a premium that is so-called "progressive" and have it separate —

Senator Morin: It must be dedicated to health otherwise it will fall into another black hole.

Ms Sholzberg-Gray: It would not cover all health expenses. From our perspective, it would create more administration. Dedicated taxes is an issue that has to be considered but, by and large, governments are loath to do that, and we would look with suspicion at the whole notion of dedicated taxes. We think the government collects taxes in a progressive way from the

Le sénateur Morin: C'est probablement là que je l'ai entendue.

Mme Sholzberg-Gray: Il faut que vous lisiez nos documents par rapport à la question de la prestation des services par le secteur privé. Pour que ce soit bien clair, je me permets de préciser que notre inquiétude concerne la prestation de soins complexes dans des établissements privés. Par contre, nous savons qu'on a recours à des entreprises privées comme Gamma-Dynacare pour faire des analyses sanguines. Les médecins envoient bon nombre de leurs patients à ces entreprises privées, et rien ne permet de conclure que les analyses effectuées par ces entreprises coûtent plus cher que dans un hôpital de soins tertiaires ou qu'elles sont inadéquates ou de qualité inférieure. Nous sommes donc tout à fait disposés à envisager cette solution pour des domaines de ce genre et pour des services secondaires, notamment des services diagnostiques. C'est peut-être là que nous voudrons envisager de recourir aux services du secteur privé, mais toujours à la condition que leurs services soient de première qualité, qu'ils soient économiques et qu'ils répondent bien aux besoins du public. Voilà pourquoi nous estimons qu'il faut être prudent en choisissant les secteurs où cette solution serait envisagée.

Votre analyse de notre rapport était à ce point complète que vous avez constaté que nous n'avions pas abordé la question des primes, même si nous renvoyions à une section portant sur les primes, les comptes de crédits médicaux et les frais modérateurs. Nous étions d'avis qu'il ne serait pas approprié de prévoir des frais modérateurs pour les services assurés en vertu de la Loi canadienne sur la santé. Nous étions très inquiets, car on aurait dit, selon le message communiqué dans la presse et par l'entremise d'entrevues, que certains membres du comité étaient en faveur de l'introduction de frais modérateurs pour les services actuellement assurés en vertu de la Loi canadienne sur la santé afin de permettre l'accès aux produits pharmaceutiques, aux soins à domicile et à ce genre de serviçes. En ce qui nous concerne, ce ne serait absolument pas approprié.

Vous avez raison de dire que nous n'abordons pas directement la question des primes dans cette section. À notre avis, si les primes correspondent à un impôt — un impôt régressif, d'ailleurs — à quoi bon? Il serait préférable à ce moment-là de passer par le régime d'impôt sur le revenu, qui est progressif.

Le sénateur Morin: Dans votre document, vous dites «encore plus progressif». Si le système est progressif, il ne peut donc pas être régressif.

Mme Sholzberg-Gray: Je suis d'accord. Nous estimons tout simplement que cela ne sert à rien. Autrement dit, plutôt que d'imposer une prime soi-disant «progressive» qui serait tout à fait à part...

Le sénateur Morin: Il faudrait que les revenus découlant de cette prime soient réservés pour les soins de santé, sinon ils risqueraient de tomber dans un autre trou noir.

Mme Sholzberg-Gray: Mais elle ne permettrait pas de couvrir toutes les dépenses liées à la santé. En ce qui nous concerne, l'administration serait tout simplement plus lourde. La possibilité de créer un impôt pour financer les soins de santé doit certes être explorée, mais en général, les gouvernements sont réticents à faire ce genre de chose, et je dois dire que nous gardons une certaine

population and, in its wisdom, decides to spend it in a number of areas. If you had pots of dedicated tax income, that could create a problem. That is the reason we are concerned about a so-called "progressive premium," a dedicated tax that would cover some 20 per cent of health costs as opposed to using the tax revenue from everybody to cover much-needed health services. That is our position.

You also talked about accountability and our notion of it being more than reporting with roles and responsibilities being crucial. Our members are the provincial and territorial hospital and health associations across this country. Our members are the managers and trustees of the system. They think they are accountable to the public, and they act in the public interest. Those managers are given budgets from provincial governments with which to manage the health system. Their roles and responsibilities are not carefully defined. When regional health authorities, district health councils or hospitals have deficits, those managers are blamed for that. Yet, they are not given marching orders by the government. They are told that they must not turn away patients and that they must deliver all of the services that meet the health needs of Canadians. They are also told that, if they spend any more than the envelope that they are given, they are not good managers.

That is not the way to run a health system. We must have a clear indication as to roles and responsibilities. The managers have to know what they are responsible for delivering, and they have to deliver it in the most efficient and effective way. There is no evidence that administrative costs are out of control in Canada.

Mr. Georgetti said, and I agree with him, that that is not the problem with our health system. The real issue is that we must take an evidence-based approach to how we deliver services; we must have all the system changes that I mentioned; we must meet the health needs of Canadians; and governments must be realistic and not ask the managers to deliver the moon when they only deliver enough money for a half moon.

You asked about the basket of services. We are quite flexible on that subject. We have a Canada Health Act basket that could be added to in terms of acute care and home care services. At the same time, a wide variety of services would enhance the health status of Canadians, but they are more in the social services area. For example, there are meals-on-wheels programs, which bear the saying: "They should be delivered free of charge to all Canadians." Another example would be in the area of pharmaceuticals, where we want to have a staged approach—perhaps where catastrophic or chronic illnesses would be covered, or pharmaceuticals needed as a result of an acute care hospital

méfiance à l'égard de ce concept d'impôt spécialement affecté. À notre avis, le gouvernement a un système d'impôt progressif et peut décider d'affecter les recettes qui en découlent à différents secteurs d'activité. Des impôts spécialement affectés pourraient être problématiques. Voilà pourquoi nous ne sommes pas très enthousiastes à l'égard d'une prétendue «prime progressive», c'est-à-dire un impôt qui permettrait de financer 20 p. 100 des coûts liés à la santé, au lieu d'utiliser les recettes fiscales prélevées auprès de toute la population pour financer les services de santé que requièrent les citoyens. Voilà notre position.

Vous avez également parlé de responsabilisation et du fait que pour nous, cela ne se résume pas à la présentation de rapports, étant donné que les rôles et responsabilités des intervenants sont très importants. Nos membres sont des associations provinciales et territoriales d'hôpitaux et de santé dans tout le Canada. Nos membres sont les administrateurs et responsables du système. À leur avis, ils sont déjà responsables devant le public, et ils agissent dans l'intérêt du public. Ces administrateurs reçoivent des budgets de leurs gouvernements provinciaux afin de gérer leur système de soins. Leurs rôles et responsabilités ne sont pas clairement définis. Lorsque les offices régionaux de la santé, les conseils régionaux de santé ou les hôpitaux ont des déficits, on dit que c'est la faute de leurs administrateurs. Mais le gouvernement ne leur dit pas quoi faire. On leur dit simplement qu'il ne faut refuser aucun patient et que leur établissement doit fourni tous les services de santé que requièrent les Canadiens. On leur dit aussi que s'ils dépassent leur budget, ils ne seront pas considérés comme de bons administrateurs.

Ce n'est pas ainsi qu'il faut administrer un système de soins. Il faut absolument que les rôles et responsabilités de tous les intervenants soient bien clairs. Les administrateurs doivent savoir ce dont ils sont responsables, et ils doivent faire le nécessaire pour assurer les services de la manière la plus efficiente et efficace possible. D'ailleurs, rien ne permet de conclure que les coûts administratifs auraient explosé au Canada.

M. Georgetti l'a bien dit, et je suis d'accord avec lui: tel n'est pas le véritable problème de notre système de soins de santé. Le vrai problème, c'est que nous devons absolument axer nos méthodes de prestation des services sur les résultats; nous devons apporter au système les changements que j'ai mentionnés tout à l'heure; nous devons répondre aux besoins de tous les Canadiens en matière de santé; et les gouvernements doivent être réalistes et ne pas demander la lune aux administrateurs alors qu'ils leur donnent tout juste assez d'argent pour une demi-lune.

Vous avez posé une question au sujet du panier de services. À cet égard, nous sommes très souples. Il serait possible d'ajouter certains éléments, par exemple certains soins aigus et des soins à domicile, au panier actuellement prévu en vertu de la Loi canadienne sur la santé. En même temps, une vaste gamme de services serait avantageuse du point de vue de l'état de santé des Canadiens, bien que ces autres services soient davantage d'ordre social. Par exemple, il y a le service de repas à domicile qui devrait à notre avis être gratuit pour tous les Canadiens. Un autre exemple serait les produits pharmaceutiques, où nous proposons une approche progressive — par exemple, les médicaments requis

stay. However, one would not want an absolutely universal pharmacare program until we have smart cards, electronic health records, appropriate drug utilization, appropriate drug prescribing and a whole host of other things. That is why we must move in this area in a reasoned and evidence-based way.

There is much to chew on because we have many large reports. I am not certain that I have addressed all of your issues. You said that we could easily achieve a 75/25 split. That is assuming, for instance, that the federal government will give more money for information technology, will give more money for equipment, and will address all of the issues that you have outlined; and we have not seen evidence that it will.

In terms of bringing on home care and pharmacare, all provinces have programs in those areas right now, and we are saying that with an additional \$1 billion to \$1.5 billion per year of federal money, we could begin to achieve access in a comparable way across this country, instead of the patchwork quilt that we have. We do not agree with the patchwork quilt approach.

We cannot do everything at once, but we have to distinguish between \$3 billion and \$5 billion for medical equipment. On a yearly basis, an extra \$5 billion can do a great deal if it is properly invested in the right places.

Senator Cordy: Mr. Georgetti, in your report you mention the health care funding that goes into "the black hole" or, as you said, that some provinces may have used for tax cuts. This intermeshes with targeted funding accountability. What would you suggest is a solution? You are not the only person who has made that comment. Some witnesses said that the money went towards tax cuts and others suggested that it was used for highways. Lots of people are asking what happened to the money that was given to the provinces by the federal government in the fall of 2000. They have not seen improvements in health care in the province in which they live.

What do you suggest the federal government should do when it provides money to the provinces? There is a sense of ownership, such that the provinces take ownership of delivering health care services and they do not want any intrusion in terms of how they spend the money.

Mr. Georgetti: First, I would argue that the federal government has to more tightly enforce the Canada Health Act. Second, there were a couple of programs where the federal government made transfers that were targeted to specific programs and they ensured that the provinces used that money only for those specific

pour traiter les maladies très graves ou chroniques ou pour traiter un malade qui sort d'un hôpital de soins aigus seraient assurés. Mais il n'est pas souhaitable de créer un programme d'assurance-médicaments absolument universel tant que nous n'aurons pas de cartes à puce ou de dossiers médicaux électroniques, que les médicaments ne seront pas utilisés de façon appropriée, que les médicaments ne seront pas prescrits de façon appropriée, et que toutes sortes d'autres conditions ne sont pas remplies. Voilà pourquoi il faut ajouter de tels services en étant raisonnables et surtout en nous appuyant sur les faits.

Il y a beaucoup d'éléments à aborder étant donné qu'il y a tant de gros rapports sur les sujets. Je ne suis pas sûre d'avoir répondu à toutes vos questions. Vous dites qu'une répartition de 75/25 serait facile à réaliser. Mais cela suppose que le gouvernement fédéral donnera plus d'argent pour les technologies de l'information et l'équipement, et s'attaquera à tous les problèmes que vous avez énumérés, alors que nous n'avons absolument aucune indication qu'il compte effectivement faire tout cela.

En ce qui concerne l'inclusion des soins à domicile et de l'assurance-médicaments, toutes les provinces ont déjà des programmes de ce genre, et nous disons simplement qu'une injection additionnelle de crédits fédéraux de l'ordre de 1 à 1,5 milliard de dollars par année permettrait de garantir un accès comparable à ces services dans tout le Canada, par opposition aux mesures disparates comme c'est le cas actuellement. Nous sommes fondamentalement opposés à ce genre d'approche.

Il ne sera pas possible de tout faire en même temps, mais il faut faire une distinction entre 3 milliards de dollars et 5 milliards de dollars pour l'équipement médical. Sur une base annuelle, 5 milliards de dollars de plus peuvent avoir beaucoup d'impact s'ils sont bien investis.

Le sénateur Cordy: Monsieur Georgetti, dans votre rapport, vous dites que les crédits versés aux provinces pour les soins de santé disparaissent dans un «trou noir» ou que certaines provinces s'en servent carrément pour réduire les impôts. Ce problème est directement lié à la question du financement ciblé et de la responsabilisation. Que proposez-vous comme solution? Vous n'êtes pas les seuls à nous avoir fait cette observation. Certains témoins sont d'avis que ces crédits ont servi à réduire les impôts, d'autres pensent qu'ils ont permis de procéder à la réfection des routes. Mais beaucoup de gens se demandent ce qui est arrivé à l'argent accordé aux provinces par le gouvernement fédéral à l'automne 2000. Ils n'ont pas encore constaté d'améliorations au niveau des services et soins de santé assurés dans leur province.

À votre avis, que devrait faire le fédéral lorsqu'il donne de l'argent aux provinces? Les provinces estiment que les soins de santé relèvent de leur responsabilité et elles ne veulent donc pas que le gouvernement fédéral leur dise comment l'argent doit être utilisé.

M. Georgetti: D'abord, je dirais que le gouvernement fédéral doit assurer une application plus rigoureuse de la Loi canadienne sur la santé. Deuxièmement, dans le cadre d'un certain nombre de programmes, le gouvernement fédéral a versé certaines sommes aux provinces dans le cadre de programmes précis, en s'assurant

programs. There is clearly a problem in the way the federal government transfers funds to the provinces for the delivery of health care. I do not shy away from the argument that, when the federal government transfers money with no conditions and the provinces subsequently allow their tax base to be diminished by tax cuts rather than apply that money, the federal government should not continue transferring money to the provinces.

Clearly, the federal government needs to sit down with the provinces and be clear that when they transfer money for health care, it must be accounted for and used for the delivery of health care in the provinces. That needs to be part of a federal-provincial negotiation, and there must be very clear understandings on those line items that that money is to be used for the purposes for which it is transferred.

The other problem is the flexibility that is allowed inside the system when the federal government does a broad transfer. We suggest in our brief that they break it into three sets, instead of one social health transfer. We believe that would be a better and easier way for the federal government, in the relationship with the provinces, to control where that money is transferred and how it is applied.

Senator Cordy: Ms Sholzberg-Gray, in your presentation today and in your documentation, you deal with accountability. Senator Morin made reference to the fact that you say we should broaden accountability to include more than reporting. I think of reporting as the bottom line. What do you mean by that?

Ms Sholzberg-Gray: We mean that there are many lines of accountability. It is not simply a question of governments or the health system reporting to the public on outcomes and whether the health system is meeting certain goals. It is a question of different people being accountable in different ways. For instance, it is not appropriate for governments to tell health system managers to deliver all services without providing enough funding. That does not create an accountability framework. We should send you our document on accountability.

On the issue of the federal government transferring bigger and better, they thought, block funds to the provinces with the loose conditionality of the Canada Health Act, that is not asserted very often, but there are areas where it could be asserted right here today, as we speak. Some of those areas may include affordability; whether diagnostic services are being paid for privately; and allowing people to receive treatment in the public system because they can invest \$800 in faster diagnostics. Those are some of the issues that have to be addressed.

que les provinces utiliseraient ces crédits uniquement pour ces programmes-là. De toute évidence, les transferts fédéraux aux provinces pour la prestation des soins de santé posent problème. Je n'hésite absolument pas à dire que si le fédéral transfère des fonds aux provinces sans condition, et que les provinces en profitent pour réduire les impôts au lieu d'utiliser ces fonds comme il faut, avec le résultat que leur assiette fiscale s'en trouve réduite, le gouvernement fédéral ne devrait pas continuer à transférer de l'argent aux provinces.

Il est clair que le gouvernement fédéral doit expliquer aux responsables provinciaux qu'ils devront rendre compte de l'utilisation des transferts fédéraux au titre des soins de santé, et que ces crédits devront servir pour la prestation des soins de santé dans les provinces. Cette question doit absolument être abordée dans le cadre de négociations fédérales-provinciales et il doit y avoir des ententes précises sur le genre de dépenses auquel ces crédits pourront servir.

L'autre problème est celui de la latitude du système dans un contexte où le fédéral se contente de faire un transfert général de fonds. Dans notre mémoire, nous proposons que le gouvernement fédéral prévoie trois transferts distincts, plutôt qu'un transfert pour la santé et les programmes sociaux. À notre avis, le fédéral pourrait ainsi plus facilement contrôler les affectations budgétaires et donc l'utilisation de ces crédits par les provinces.

Le sénateur Cordy: Madame Sholzberg-Gray, dans votre exposé aujourd'hui et dans votre documentation, vous parlez de responsabilisation. Le sénateur Morin a mentionné tout à l'heure qu'à votre avis, il faut élargir notre conception de la responsabilisation pour inclure autre chose que de simples rapports. Je considère les rapports comme étant le strict minimum. Que voulez-vous dire par là?

Mme Sholzberg-Gray: Nous voulons dire par là que la responsabilité s'exerce à de multiples niveaux. Il ne suffit pas pour les gouvernements ou les responsables du système de soins de publier des rapports à l'intention du public sur les résultats obtenus ou le fait de savoir si le système de soins répond à certains objectifs. Il faut plutôt faire en sorte que les gens aient à répondre de leurs activités de diverses façons. Par exemple, il n'est pas normal que les gouvernements disent aux administrateurs du système de soins d'assurer toute la gamme des services sans leur fournir les fonds nécessaires. Ce n'est pas ainsi que nous créerons un cadre de responsabilisation approprié. Nous devrions d'ailleurs vous envoyer notre document sur la responsabilisation.

En ce qui concerne la formule de financement global selon laquelle le fédéral transfère des crédits importants aux provinces en supposant que les provinces respecteront les conditions plus ou moins bien définies de la Loi canadienne sur la santé, le fait est que le fédéral n'exerce pas très souvent son pouvoir de faire respecter les conditions, mais il pourrait certainement le faire maintenant par rapport à certains éléments bien précis — par exemple, le caractère abordable ou non des services; le fait de savoir si les services diagnostiques sont payés par l'entremise d'entreprises privées; et le fait de permettre aux citoyens de bénéficier de traitements assurés par le système public tout

Asserting the Canada Health Act is an important issue. Whether a block fund is the right way to do that is an issue, but targeted funds are an important consideration.

You asked why we would not see any difference for the new federal money transferred in September 2000, and I indirectly referred to that in my remarks. There were five years of substantial reductions. Canada was one of the only countries in the world that had a real per-capita cut for five years, from 1992 to 1997. New money invested — coming on stream — in 2000 will only make up for the cuts. It will go towards trying to restore some of the damage that was done during that period.

This is not a negative comment, but there was tremendous pent-up demand in terms of union contracts. Workers who had borne the burden of the cuts in those five years were asking for their position to be somewhat restored. That involves a cost. In other words, in the long run, cuts such as that, do not improve the system. They do not help the managers to negotiate contracts and they do nothing to enhance the retention of workers; rather they encourage nurses to leave the system. Those five years of cuts and the need to make up for them have led to no real change, even though you say more money is coming. We have to put the money into a more realistic context. It is not very much more if it is the same as it was in 1994.

Senator Morin: Much of it has been going into tax cuts. B.C., Ontario, Quebec, in fact, most provinces have cut taxes. If more goes into tax cuts, who wins?

Ms Sholzberg-Gray: I agree with you. That is why we say that targeted funds is the way to go. We mentioned the tax cuts in our brief and we also note that all levels of governments are responsible for the cuts. Provincial cuts preceded the federal cuts.

Senator Cordy: You say that you support the continuation of the per-capita transfer. Everyone would have to agree that per-capita transfers are probably the fairest way to send out the money. I am from the Halifax area where there is high-density population. Have you given any thought to how you would deal with rural areas?

Ms Sholzberg-Gray: Yes. Ours is an association of federal, provincial and territorial hospital organizations, which means that our members have different concerns. If they come from a province where there are many remote communities or rural

simplement parce qu'ils ont 800 \$ à investir dans un service de diagnostic plus rapide. Voilà donc quelques-uns des éléments sur lesquels il faut se pencher.

L'application des conditions précises de la Loi canadienne sur la santé est une question importante. Quant à savoir si une formule de financement global représente la meilleure façon d'y parvenir est l'un des éléments à examiner, tout comme le ciblage des crédits.

Vous avez demandé pour quelle raison nous ne ferions pas de distinction par rapport à la nouvelle affectation de fonds fédéraux de septembre 2000, et j'en ai justement parlé indirectement dans mes remarques liminaires. Il y a eu des réductions importantes pendant cinq ans. Le Canada était l'un des seuls pays du monde à avoir diminué les dépenses réelles par habitant pendant cinq ans, soit de 1992 à 1997. L'argent frais investi en 2000 — ou en train d'être investi — nous permettra seulement de nous rattraper par rapport aux réductions. Il nous permettra de rectifier un certain nombre de problèmes causés par les réductions au cours de cette période.

Ce n'est pas une critique, mais le fait est qu'il y avait une demande accumulée chez les syndiqués par rapport à leur contrat de travail. Les travailleurs qui avaient fait les frais de ces coupures pendant cinq ans ont commencé à exiger de faire du rattrapage. Cela suppose certains coûts. Autrement dit, la compression des dépenses ne permet pas à long terme d'améliorer le système. Elle n'aide pas non plus les administrateurs à négocier des contrats et ne facilite pas le maintien en poste des travailleurs; au contraire, elle encourage les infirmiers et infirmières à quitter le système. Ces cinq ans de réduction et la nécessité de faire du rattrapage après font qu'aucun véritable changement ne s'est concrétiser, même si vous dites que d'autres fonds seront investis dans le système. Le fait est que nous devons avoir une attitude plus réaliste vis-à-vis de l'argent investi. Les nouveaux crédits ne nous permettront pas vraiment d'avancer si nous faisons la même chose qu'en 1994.

Le sénateur Morin: Une bonne partie de ces crédits a servi à financer des réductions d'impôt. La Colombie-Britannique, l'Ontario, le Québec — en fait, la plupart des provinces ont réduit leurs impôts. Si l'argent sert à réduire les impôts, qui en profite en fin de compte?

Mme Sholzberg-Gray: Je suis d'accord avec vous. C'est pour cette raison qu'à notre avis, il faut bien orienter les crédits. Nous avons mentionné les réductions d'impôt dans notre mémoire, et nous notons également que tous les paliers de gouvernement sont à l'origine de ces réductions d'impôt. Les réductions des provinces ont précédé celles du gouvernement fédéral.

Le sénateur Cordy: Vous dites que vous êtes en faveur du maintien des transferts proportionnels au nombre d'habitants. Tout le monde serait d'accord pour dire que cette formule est sans doute la plus juste. Je suis de Halifax où il y a une forte densité de population. Avez-vous songé à ce qu'il faut faire en milieu rural?

Mme Sholzberg-Gray: Oui. Nous sommes une association d'organismes fédéraux, provinciaux et territoriaux qui représentent les hôpitaux, ce qui veut dire que nos membres n'ont pas nécessairement les mêmes préoccupations. S'ils viennent

communities, access to care is much more difficult. It can actually be more expensive. People have come to our board table recommending that there should be a federal needs-based approach to determining transfers. This is being discussed at our national board level. We are asking that this be put on the table as something that could be dealt with in the future because a discussion of a needs-based approach could include whether some provinces have a more aged population than others.

Senator Cordy: That would be the case in Nova Scotia.

Ms Sholzberg-Gray: It would look at whether they have more remote and rural populations and whether they have populations with greater health needs. This could apply as much to inner-city Toronto, with its huge immigrant population, as it could to rural Nova Scotia. It might balance in the end. However, someone ought to look into that.

We do not mean to take away from the per-capita approach. Perhaps there should be an augmented formula. We note, however, that equalization is an important way of ensuring access to comparable health and social services across this country. Certain provinces benefit from equalization, which is a no-strings transfer that does enable them to provide services.

All of these things ought to be on the table. For now it looks like per capita is the easiest way to transfer, especially given the fact that the federal government, when it transfers money for health, is acting in an area that is under provincial jurisdiction. The extent to which the federal government can micromanage and have detailed arrangements are important issues, as well.

Senator Cordy: They are very important issues, I would say.

Mr. Georgetti, focussing on public health care, you made reference to whether or not it is sustainable and the critical elements of sustainability. You made excellent points regarding drug costs, health protection issues and workplace health and safety. Have you thought about wellness? Have you considered incentives that an individual would have in order to maintain good health?

Mr. Georgetti: I do not know that we thought about it on an individual basis but we did in terms of the workplace. Let me provide some interesting information. Up to one in three people in a line-up for health services right now have workplace related problems. One in three of those problems is as a result of either a workplace accident or an industrial disease. The burden on the

d'une province où il y a de nombreuses localités éloignées ou rurales, l'accès aux soins est beaucoup plus difficile. Dans ce contexte, les services peuvent coûter plus cher. Il y a des gens qui se présentent devant notre conseil d'administration pour recommander que les transferts fédéraux aux provinces soient déterminés en fonction des besoins. Nous en discutons actuellement à notre conseil d'administration national. Nous demandons que cette possibilité soit examinée à titre de solution future car, dans le contexte d'une discussion sur l'adoption d'une approche axée sur les besoins, on pourrait tenir compte du fait que certaines provinces ont une population plus âgée que d'autres, par exemple.

Le sénateur Cordy: Ce serait le cas de la Nouvelle-Écosse.

Mme Sholzberg-Gray: On pourrait également tenir compte de la proportion de citoyens vivant en milieu rural ou dans des régions éloignées et de la présence de populations ayant des besoins plus important en matière de soins de santé. Ça pourrait être le cas du centre-ville de Toronto, qui a une forte population d'immigrants, ou des régions rurales de la Nouvelle-Écosse. Il serait peut-être possible d'en arriver à un bon équilibre de cette façon. En tout cas, il faut que cette possibilité soit examinée.

Nous ne proposons pas nécessairement qu'on s'éloigne d'une formule par habitant. Peut-être qu'il faudrait simplement tenir compte d'autres éléments aussi. Nous reconnaissons, cependant, que la péréquation est un moyen important de garantir l'accès à des services de santé et sociaux comparables d'un bout à l'autre du pays. Certaines provinces bénéficient de la péréquation, qui représente un transfert inconditionnel leur permettant d'assurer des services.

Toutes ces possibilités doivent être encouragées. Pour l'instant, on dirait que la formule par habitant représente la méthode de transfert la plus facile, surtout que le gouvernement fédéral, en transférant de l'argent au titre de la santé, intervient dans un domaine qui relève de la responsabilité des provinces. La question de savoir dans quelle mesure le gouvernement fédéral peut faire de la microgestion et prévoir des formules particulières est également importante.

Le sénateur Cordy: Oui, ce sont des questions importantes à mon avis.

Monsieur Georgetti, s'agissant du système public de soins de santé, vous avez parlé de la mesure dans laquelle ce système est viable et les éléments qui font qu'il est viable ou non. Vous avez soulevé d'excellents points concernant le coût des médicaments, la protection de la santé et la santé et la sécurité au travail, par exemple. Avez-vous réfléchi à la question du mieux-être? Avez-vous envisagé des mesures d'encouragement qui inciteraient un citoyen à rester en bonne santé?

M. Georgetti: Je ne sais pas si nous y avons réfléchi du point de vue du citoyen individuel, mais certainement par rapport au travail. Permettez-moi de vous communiquer des statistiques intéressantes. Une personne sur trois qui demandent des services de santé à l'heure actuelle a des problèmes liés au travail. Dans un cas sur trois, ces problèmes sont le résultat soit d'un accident du

health care system as a result of those factors is enormous.

Prevention at the workplace would save our health care system countless billions of dollars annually. That could be done by way of wellness program in the workplace. We attempt to include such incentives during the negotiation of collective agreements. We notice that the incidence of industrial disease in union workplace settings versus non-union settings is far lower because we put those on the bargaining table as a personal issue. They do speak to a productivity issue that gets short shrift in this dialogue on health care. We are undertaking a study, which we will share with you, on the productivity advantage of the health care system to Canadian business based only on the cost of medical premiums, let alone industrial accidents and disease. Our rough calculations are that it costs between \$7 and \$9 an hour.

The example of British Columbia that you use, Senator, is a good one. After they cut the taxes and the medical services, they doubled the medical premiums. From our standpoint in the union setting, that was not an issue because it doubled the cost of health premiums to our employers, not to us, because we include items like that in our bargaining strategy. Any time any health care item is delisted, or taken off, we deal with it at the bargaining table. That is easy to do in the short term but, in the medium term, we lose other economic benefits that we may have gotten in terms of wages and other items because we must concentrate on an artificial issue that is brought forward. However, at the bargaining table we try to prevent the use of the health care system by encouraging health, safety awareness, and accident prevention.

I am not equipped to talk about the wellness issue as it relates to the broader community.

Senator Cordy: What is your definition of a workplace disease? I always think of workplace health and safety.

The Deputy Chairman: Is it, for example, a disease that results from the inhalation of paint fumes in an auto factory?

Mr. Georgetti: At last count there were approximately 70,000 different chemicals and related items that could affect the health of workers. The accidents are demonstrable. We have difficulty keeping up with the number of chemicals and other substances that come into the workplace. We try to monitor and know their effects. Although we can identify some, we have been unable to identify other substances. People go into the medical system with ailments that are caused by the workplace, but we do

travail, soit d'une maladie professionnelle. Le fardeau que représentent ces problèmes pour notre système de soins est considérable.

Le fait d'insister davantage sur la prévention en milieu de travail nous permettrait de réaliser, dans le contexte de notre système de soins, des économies annuelles de plusieurs milliards de dollars. Cela pourrait se faire au moyen de programmes de promotion du mieux-être en milieu de travail. Nous essayons d'inclure de tels incitatifs au moment de négocier des conventions collectives. Nous constatons d'ailleurs que la fréquence des maladies professionnelles dans les milieux de travail syndiqués, par rapport aux milieux de travail non syndiqués, est bien inférieure, car nous avons la possibilité de parler de la situation particulière de nos membres à la table des négociations. Cela soulève aussi la question de la productivité, question qui est essentiellement négligée dans ce dialogue sur les soins de santé. Nous effectuons une étude, dont nous vous communiquerons les résultats sur l'avantage au plan de la productivité que le système de soins de santé représente pour les entreprises canadiennes du point de vue uniquement du coût des primes médicales, sans parler des accidents et des maladies professionnelles. D'après nos calculs très approximatifs, cela coûte entre 7 \$ et 9 \$ de l'heure.

Votre exemple de la Colombie-Britannique est tout à fait approprié, sénateur. Après avoir réduit les impôts et les services médicaux, ils ont doublé les primes. Du point de vue des syndicats, cela ne pose pas problème parce que c'est pour nos employeurs que le coût des primes est doublé, par pour nous, étant donné que ces éléments-là sont pris en compte dans notre stratégie de négociation. Chaque fois qu'un service est enlevé de la liste des services assurés, nous en parlons directement à la table des négociations. C'est facile à faire dans l'immédiat, mais à moyen terme, nous risquons de perdre d'autres avantages économiques sur le plan salarial et autres que nous aurions peut-être pu obtenir du fait d'avoir à nous concentrer sur un problème tout à fait artificiel. Quoi qu'il en soit, nous essayons à la table des négociations de prévenir le recours excessif au système de soins en encourageant des mesures qui favorisent une bonne santé, la sensibilisation à la sécurité et la prévention des accidents.

Par contre, je ne suis pas en mesure de vous parler du concept du mieux-être par rapport à la population générale.

Le sénateur Cordy: Comment définissez-vous une maladie professionnelle? J'ai toujours tendance à concevoir cela dans le contexte de la santé et de la sécurité au travail.

La vice-présidente: S'agirait-il, par exemple, d'une maladie qui serait due à l'inhalation de vapeurs de peinture dans une fabrique d'automobiles?

M. Georgetti: Au dernier recensement, il y avait environ 70 000 produits chimiques différents qui pouvaient influer sur la santé des travailleurs. Pour ce qui est des accidents, les preuves sont là. Nous avons du mal à connaître le nombre de produits chimiques et d'autres substances dangereuses qui sont introduits en milieu de travail. Nous essayons de suivre la situation et de nous renseigner sur leurs effets. Même si nous réussissons à en recenser quelques-uns, d'autres substances sont impossibles à

not yet know the precise effect of exposure.

The Deputy Chairman: Did you say that applies to one in three people, Mr. Georgetti?

Mr. Georgetti: One in three people in a health care line-up is there due to injuries or diseases related to the workplace.

The Deputy Chairman: Are you doing an impact study on what this means on productivity? It must be immense.

Mr. Georgetti: There is data available already, and we can supply that to you. It is well-documented, both in terms of the line-ups and the cost to the system.

The Deputy Chairman: If one-third of the population has a health-related issue directly related to the workplace, whether it is an injury or an illness, and you factor that into production lines, it would result in an interesting figure.

Mr. Georgetti: Let us remember, we are only relating the people who are actually physically at work to the whole population, so it is a more skewed number. There are no children or seniors in that number. It is only related to people of working age who are in the system.

The International Agency for Research on Cancer recognizes 24 substances that cause lung cancer. One is tobacco. The other 23 substances were identified through studies of workers who died as a result of exposure to carcinogens on the job. The only cause of lung cancer that is not job-related is smoking. The others are work-related.

The Deputy Chairman: I mentioned paint because my husband was a body shop worker. All kinds of concerns are now being identified. However, he is no longer doing that.

Mr. Georgetti: Think about what fire fighters are exposed to when they run into a burning building. They do not know what is stored in the building. It is an enormous issue.

Senator Morin: My comments concern the corporate advantage of our health care system. While in Montreal, we met with the Conseil du patronat, an employers association that only Quebec has which represents all employers. They were criticizing our health care system. I asked about the corporate advantage. The president of the Royal Bank, as you will remember, made an important speech on that. They said that there was not one at all. They told us that when they are recruiting executives, the first thing demanded of them is private insurance to cover treatment in the U.S. As you know, insurance coverage for Canadian executives is quite extensive and expensive. You can find this information on our Web site as it was discussed it at

isoler. Les gens se font traiter pour des problèmes de santé qui sont causés en milieu de travail, mais nous ne connaissons pas encore les effets précis de l'exposition à ces substances.

La vice-présidente: Vous avez dit que cela touche une personne sur trois, monsieur Georgetti?

M. Georgetti: J'ai dit qu'une personne trois qui cherchent à recevoir des soins de santé en a besoin à cause de blessure ou de maladie liée au travail.

La vice-présidente: Comptez-vous faire une étude pour essayer d'en dégager l'incidence sur la productivité? Elle doit être considérable.

M. Georgetti: Il existe déjà certaines données, qu'on pourra d'ailleurs vous fournir. La situation est bien documentée, du point de vue non seulement du nombre de personnes qui recourent au système pour cette raison mais aussi du coût pour le système.

La vice-présidente: Si l'on sait qu'un tiers de la population a un problème de santé directement lié au travail, qu'il s'agisse d'une blessure ou d'une maladie, je suppose que dans le contexte des chaînes de fabrication, ça donnerait certainement des chiffres intéressants.

M. Georgetti: Rappelons-nous que là on parle de gens qui se trouvent physiquement au travail, par rapport à la population totale, donc ce chiffre est un peu faussé. Par exemple, les enfants et les personnes âgées ne sont pas compris là-dedans. Cela ne concerne pas les personnes en âge de travailler qui ont recours au système.

Le Centre international de recherches sur le cancer reconnaît 24 substances différentes qui causent le cancer du poumon, entre autres, le tabac. Les 23 autres substances ont été recensées par le biais d'études de travailleurs qui sont décédés par suite de l'exposition à des cancérogènes au travail. La seule cause du cancer du poumon qui n'est pas liée au travail est l'utilisation du tabac. Les autres causes sont toutes liées au travail.

La vice-présidente: J'ai parlé de vapeurs de peinture parce que mon mari travaillait autrefois dans un atelier de débosselage. À l'heure actuelle, on se rend compte de toutes sortes de problèmes. Mais il ne fait plus ce travail.

M. Georgetti: Pensez un peu à toutes les substances auxquelles les pompiers sont exposés au moment d'entrer dans un bâtiment en feu. Ils ne peuvent pas savoir ce qui y est entreposé dans ce bâtiment. C'est vraiment un problème grave.

Le sénateur Morin: Je voudrais faire quelques commentaires au sujet de l'avantage que représente notre système de soins de santé pour les entreprises. Quand nous étions à Montréal, nous avons rencontré les dirigeants du Conseil du patronat, une association d'employeurs qui représente tous les employeurs et qui n'existe qu'au Québec. Ils avaient plusieurs critiques à formuler à l'égard de notre système de soins. J'ai donc posé une question concernant l'avantage que représente ce système pour les entreprises. Vous vous souviendrez que le président de la Banque Royale a prononcé un discours important sur le sujet. Eh bien, ils m'ont dit qu'il n'y avait pas du tout d'avantage. Selon eux, quand il s'agit de recruter des cadres, la première chose qu'on leur

some length. As far as they were concerned, this was no longer a corporate advantage. If they recruited people from the outside, it was fairly expensive.

I have a son who works for a corporation. He has, as part of his employment package, insurance that covers any medical treatment in the U.S. He is based in Montreal.

They state that the health care system no longer provides the advantages it did 10 years ago.

Mr. Georgetti: Do those corporations offer that American service to all their employees, or just their executives?

Senator Morin: Of course, only their executives.

Mr. Georgetti: You make my point.

The other argument is that they cannot attract executives because of our tax system. They want us to change our tax system. I wonder why we want to change our systems for non-citizens who do not want to come to our country.

Ms Sholzberg-Gray: Most of the workers in this country are not executives, they are workers. Employers have to worry about all of their employees, not only their executives, though we have had some interesting stories in the press where obviously the reverse has been true.

It seems to me that the competitive advantage is there. Look at the auto industry. We would not have as much automotive manufacturing in our country if not for the competitive advantage, which is due to our low Canadian dollar and the productivity of Canadian workers. It is also due to the fact that Canadian workers are not as expensive in terms of health insurance as American workers. More money in the United States goes into health insurance for autoworkers than components for the car. It is important to note that each Canadian employer is spending less on health insurance. If they have to spend more due to lower funding of the public health system there will be quite a difference.

Mr. Georgetti: I do not believe the explanation you received spoke to the productivity issue. They are talking about recruitment of executives.

When we have completed our independent study, we will send it to you. It looks at the effects of health care premiums on the productivity of Canadian business. demande, ce sont des assurances privées pour couvrir les traitements médicaux aux États-Unis. Comme vous le savez, les assurances dont bénéficient les cadres canadiens sont très complètes et très coûteuses. D'ailleurs, vous pouvez trouver cette information sur notre site Web, car nous en avons longuement discuté. Donc, à leur avis, le système de soins ne constituait plus du tout un avantage pour les entreprises. Quand ils avaient à recruter des gens de l'extérieur du Canada, cela leur coûtait cher.

J'ai un fils qui travaille pour une grande société. Parmi ses avantages sociaux, il bénéficie d'une assurance qui lui permet de recevoir des soins médicaux aux États-Unis. Il est basé à Montréal.

Donc, en ce qui concerne les employeurs, le système de soins de santé ne présente plus les mêmes avantages qu'il y a 10 ans.

M. Georgetti: Est-ce que ces sociétés offrent la possibilité de recevoir des soins aux États-Unis à tous leurs employés, ou seulement à leurs cadres?

Le sénateur Morin: Seulement à leurs cadres, bien entendu.

M. Georgetti: Vous venez de prouver le bien-fondé de mon argument.

L'autre argument qu'on avance souvent, c'est qu'il est impossible de recruter des cadres en raison de notre régime fiscal. Ils veulent aussi qu'on change le régime fiscal. Personnellement, je me demande pourquoi nous voudrions changer nos systèmes pour attirer des étrangers qui ne veulent pas venir au Canada.

Mme Sholzberg-Gray: La plupart des travailleurs canadiens ne sont pas des cadres, ils sont travailleurs. Et les employeurs doivent s'intéresser à tous leurs employés, pas seulement à leurs cadres bien que nous ayons entendu parler de situations intéressantes par le biais des médias où c'était justement l'inverse qui était vrai.

À mon avis, cet avantage concurrentiel existe. Prenons l'exemple de l'industrie automobile. L'activité dans le secteur de la construction automobile serait beaucoup moins intense au Canada si cet avantage concurrentiel n'existait pas, avantage que nous pouvons attribuer à la faible valeur de notre dollar et à la productivité des travailleurs canadiens. Cet avantage tient aussi au fait que les travailleurs canadiens coûtent moins cher que les travailleurs américains du point de vue de l'assurance-santé. On dépense plus aux États-Unis pour l'assurance-santé à l'intention des travailleurs de l'automobile que pour les composants. Il est important de noter que chaque employeur canadien dépense moins pour l'assurance-santé. S'il est forcé de dépenser davantage en raison d'un financement réduit du système public de soins de santé, cela fera une grande différence.

M. Georgetti: À mon avis, l'explication qu'on vous a donnée n'avait rien à voir avec la productivité. Ces personnes parlaient uniquement du recrutement des cadres.

Quand nous aurons terminé notre étude indépendante, nous vous en enverrons une copie. Elle porte sur l'incidence des primes d'assurance-santé sur la productivité des entreprises canadiennes.

The Deputy Chairman: One of the issues that we have been confronted with as we have gone around the country is the two-tier system. Witnesses say we have a two-tier system, and it is called the Workers' Compensation Board. This is where hospitals have designated hospital beds for people on Workers' Compensation, even though other patients are lining up.

Senator Morin: They are sending their patients to private clinics.

The Deputy Chairman: That is to get them back on the job more quickly.

Senator Morin: They are operated on in private clinics.

The Deputy Chairman: How would you respond to that?

Mr. Georgetti: There are two ways I would respond to that. If they are queue-jumping and have special privileges, that is contrary to the Canada Health Act. I know that exists. The reason it exists is because of business pressure on the productivity issue. Businesses are saying that they are losing productivity because the system is not returning their injured workers to the job fast enough. We argue, of course, if you do not injure them, you will not have a problem. However, the cost of prevention is also expensive.

In my former life in British Columbia, I found that, of all the forestry companies, one had a lower number of injuries and accidents. They were spending more money on prevention, but they were not being rewarded. They were paying the same premiums. Activists have told me that company is cutting back on its prevention expenditures because they are spending more money than their competitors and not getting any reward for it.

In the current system, there is a disincentive to spend money because, if you injure your workers, a payroll tax and the tax base take care of the problem. Rather than expending money on prevention, there is a disincentive because the system picks up the slack.

Senator Morin: That was not the chairman's question. If one of your unionised workers hurts his foot on Sunday, he may wait six months for an operation, but if he hurts his foot on Monday, he is operated on the next day.

Mr. Georgetti: Are you that saying one is a workplace injury, and one is not?

Senator Morin: Yes, although his productivity is no different if he hurts his foot on Sunday rather than on Monday. He is not at work on Tuesday in both instances.

La vice-présidente: L'une des questions sur lesquelles nous avons dû nous pencher dans le cadre de nos audiences dans différentes régions du pays est celle du système à deux vitesses. Les témoins nous disent que nous avons un système à deux vitesses dont la Commission des accidents du travail est l'incarnation. On nous dit que les hôpitaux réservent des lits d'hôpitaux pour les personnes qui touchent une indemnité pour un accident du travail, alors que d'autres malades doivent faire la queue.

Le sénateur Morin: Ils envoient leurs malades à des cliniques privées.

La vice-présidente: Pour qu'ils puissent reprendre le travail plus rapidement.

Le sénateur Morin: Ils sont opérés dans des cliniques privées.

La vice-présidente: Quelle est votre réaction?

M. Georgetti: Je voudrais faire deux observations en guise de réponse. Si ces personnes font du resquillage et jouissent de privilèges spéciaux, il va sans dire que c'est tout à fait contraire à la Loi canadienne sur la santé. Je sais qu'il existe de tels cas, et s'ils existent, c'est en raison des pressions exercées par les entreprises qui s'inquiètent de leur productivité. Elles se plaignent d'une perte de productivité parce que le système ne permet pas à leurs travailleurs blessés de reprendre le travail assez vite. À cela nous répliquons que si au départ il ne leur arrivait pas de se blesser au travail, on n'aurait pas de problème. Mais la prévention coûte cher aussi.

Quand j'habitais en Colombie-Britannique, j'ai constaté que l'une des entreprises forestières avait un meilleur bilan que toutes les autres du point de vue du nombre de blessures et d'accidents. Cette compagnie dépensait plus pour la prévention, mais elle n'était pas récompensée. Ses primes étaient exactement les mêmes. Des militants m'ont fait savoir que l'entreprise réduit à présent ses activités de prévention parce qu'elle dépense plus que ses concurrents sans en être aucunement récompensée.

Dans le cadre du système actuel, il y a une contre-incitation à consacrer de l'argent à ce genre de chose, étant donné qu'en cas d'accident du travail les charges sociales et les impôts ordinaires sont là pour financer les soins. Les employeurs sont dissuadés de consacrer de l'argent à la prévention, parce que le système de soins est là pour prendre en charge les malades.

Le sénateur Morin: Vous n'avez pas répondu à la question de la vice-présidente. Si un de vos travailleurs syndiqués se fait mal au pied un dimanche, il attendra peut-être six mois avant de se faire opérer, mais s'il se fait mal au pied un lundi, il sera opéré le lendemain.

M. Georgetti: Ce que vous dites, c'est que dans un cas, l'intéressé est blessé au travail, alors que dans l'autre cas, non. C'est bien ça?

Le sénateur Morin: Oui, mais sa productivité n'est guère différente s'il se fait mal au pied dimanche plutôt que lundi. Dans les deux cas, il ne se présentera pas au travail mardi.

Mr. Georgetti: The pressure to put him into the system as an injured worker, comes from the employer.

Senator Morin: As a union leader, why do you accept that?

Mr. Georgetti: We do not accept it.

Senator Morin: Should we eliminate preferred treatment throughout the country for people on Workers' Compensation?

Mr. Georgetti: Absolutely. The point is, the employers put the pressure on the system because Workers' Compensation has an experience rating in it, and the longer the person is off, the higher the employer's premiums will be in the next year.

Senator Morin: I understand that. Should there not be pressure from other Canadians who are not employees to be treated as quickly as the others? Why do employers have preferential treatment in our Canadian system?

Mr. Georgetti: Perhaps you could answer that question for me.

Senator Morin: As a union representative, you are against this system.

Mr. Georgetti: We are against a system that gives anybody a leg up or preference. It should be on the basis of need, not on the basis of whether you are working or not, or whether you live in a rich or a poor neighbourhood.

The Deputy Chairman: It is interesting that you use the British Columbia example where many hospitals and private clinics are opening.

Mr. Georgetti: When I was there, the employers got a hospital to open for a night shift and they paid for the cost to treat injured workers and get them back to work. It was the union movement's protest that stopped that process.

Senator Cordy: Ms Sholzberg-Gray, will you send the information on accountability that you had to the clerk?

Ms Sholzberg-Gray: Yes, we will. We believe it is a misunderstood area. We have a description of what it means and how some of the issues need to be resolved, however we cannot just talk about accountability, we have to do it.

Senator Morin: Do you have anything on ethics?

Ms Sholzberg-Gray: We do not have very much on ethics. We have had some discussion at our board meeting, noting that it had to be part of any discussions. We talk about evidence-based

M. Georgetti: Ce sont les employeurs qui font pression pour que les travailleurs blessés soient rapidement pris en charge par le système.

Le sénateur Morin: Et en tant que dirigeant syndical, pourquoi acceptez-vous cela?

M. Georgetti: Nous ne l'acceptons pas.

Le sénateur Morin: Faudrait-il donc éliminer le traitement de faveur dont bénéficient toutes les personnes au Canada qui sont victimes d'un accident du travail?

M. Georgetti: Oui, absolument. Il faut surtout se rappeler que ce sont les employeurs qui exercent des pressions sur le système, parce que les commissions des accidents du travail décident de la tarification en fonction de la fréquence, si bien que plus longtemps l'employé demeure en congé, plus l'employeur aura à payer des primes élevées au cours de l'année qui suit.

Le sénateur Morin: Oui, je comprends. Mais ne pensez-vous pas que d'autres Canadiens qui ne sont pas des travailleurs devraient faire pression pour être traités aussi rapidement que d'autres? Pourquoi les employeurs bénéficient-ils d'un traitement de faveur dans le cadre de notre système canadien de soins de santé?

M. Georgetti: Peut-être pourriez-vous répondre à cette question à ma place.

Le sénateur Morin: En tant que représentant syndical, vous êtes contre un tel système.

M. Georgetti: Nous sommes contre tout système qui accorde un avantage supplémentaire ou un traitement de faveur à quiconque. L'accès au système doit être fonction du besoin, et non du fait de travailler ou de ne pas travailler, ou de vivre dans un quartier riche ou pauvre.

La vice-présidente: Je trouve intéressant que vous ayez cité l'exemple de la Colombie-Britannique, où de nombreux hôpitaux et cliniques privés sont en train d'ouvrir.

M. Georgetti: Quand j'y habitais encore, les employeurs ont fait en sorte qu'un hôpital prévoie une équipe de nuit et ils ont payé les traitements dont leurs travailleurs blessés avaient besoin pour qu'ils puissent reprendre le travail rapidement. Ce sont les protestations du mouvement syndical qui ont mis un terme à cette démarche.

Le sénateur Cordy: Madame Sholzberg-Gray, auriez-vous l'obligeance de faire parvenir à la greffière l'information dont vous parliez tout à l'heure sur la responsabilisation?

Mme Sholzberg-Gray: Oui, absolument. À notre avis, c'est un domaine qui est mal compris. Nous avons certaines définitions et une idée des mesures à prendre pour régler certains problèmes, mais il ne suffit pas de parler de responsabilisation; il est temps maintenant d'appliquer les principes que nous prenons.

Le sénateur Morin: Avez-vous des recommandations sur la déontologie?

Mme Sholzberg-Gray: Non, nous n'avons pas grand-chose làdessus. Nous en avons discuté aux réunions du conseil d'administration, en prenant bonne note du fait que cette approaches to decide what should be in the publicly funded Canada Health Act set list of services. We do not believe that lists work. Something that is appropriate for one person is not always appropriate for another. If there were a list of screens to determine what should be included in the Canada Health Act services, ethical decision making would have to be there as one of the screens. In other words, we have to take into account that even though the person did not pass through the first three screens, we could not, because of the nature of our society, deprive someone access to services. That has to be brought into everything we do.

Senator Morin: That is an important issue which we did not consider.

Ms Sholzberg-Gray: A lot of people do. The Catholic Health Association of Canada has done important work there. I think we should look at that work and inform ourselves of it when we make decisions as to what should and should not be in.

The Deputy Chairman: A point of clarification on your targeting of new funds to meet urgent needs. You talk about information technology and medical equipment. Did you arrive at a figure of what would be required in the system for new technologies?

Ms Sholzberg-Gray: In speaking to people who are knowledgeable in the field, we hear figures of \$3 billion to \$5 billion. That is why we are concerned about the federal government's investment of half a billion dollars through the new corporation that was set up. It will not resolve the issue.

People who have been involved in review commissions say that we must invest more money in information technology, and do it as soon as possible because we cannot go forward on some of the reforms that we want. I have to ask, "What front-line care do you want to reduce today in order to invest in that information technology?"

It has to be a separate, targeted fund. We cannot take funds away from front-line care today and tell people that five or ten years from now it will be better because we will have more information.

The Deputy Chairman: It goes in lock-step.

Ms Sholzberg-Gray: Yes. You have to do both at the same time. One of the problems with this sector is that you have to continue to treat people from day-to-day in the current system while trying to move to the next one. I heard an academic at the University of Toronto, Carolyn Tuohy, note that there is not

question devait être abordée dans le cadre des discussions. Nous avons également parlé d'approches fondées sur l'expérience clinique pour déterminer quels services devraient être inclus dans la liste des services assurés qu'on retrouve dans la Loi canadienne sur la santé. À notre avis, la liste actuelle n'est pas appropriée. Ce qui convient à l'un peut ne pas convenir à l'autre. S'il y avait une liste de critères nous permettant de déterminer quels services devraient être assurés aux termes de la Loi canadienne sur la santé, la prise de décision responsable et axée sur les principes déontologiques devrait être l'un des critères. Autrement dit, nous devrions tenir compte du fait que même si l'intéressé n'a pas répondu aux trois premiers critères, la nature de notre société est telle qu'il ne serait pas acceptable de le priver de services. Ce critère ou impératif doit influencer l'ensemble de nos activités.

Le sénateur Morin: Voilà justement un facteur important dont nous n'avons pas tenu compte.

Mme Sholzberg-Gray: Mais beaucoup de gens en tiennent compte. L'Association catholique canadienne de la santé a effectué un travail important dans ce domaine. Il convient à notre avis d'examiner ce travail et d'en tenir compte au moment de décider quels services devraient ou ne devraient pas être assurés.

La vice-présidente: Je voudrais vous demander des éclaircissements au sujet de la possibilité de réserver les nouveaux crédits en vue de répondre aux besoins urgents. Vous parlez de technologie de l'information et d'équipement médical. Avez-vous un chiffre en tête pour ce qui est des besoins du système en matière de nouvelles technologies?

Mme Sholzberg-Gray: Les personnes à qui nous avons parlé qui sont des experts en la matière nous disent qu'il faut prévoir un investissement de 3 à 5 milliards de dollars. Voilà pourquoi nous trouvons inquiétant que le gouvernement fédéral prévoie d'investir seulement 0,5 milliard de dollars par le biais de la nouvelle société qui a été mise sur pied. Cet investissement ne permettra pas de régler les problèmes.

Les gens qui ont participé au travail de diverses commissions d'étude nous disent qu'il faut investir plus d'argent dans les technologies de l'information, et ce le plus tôt possible, parce que nous ne sommes pas en mesure de procéder à certaines des réformes qui nous semblent prioritaires. Je me dois donc de vous poser la question que voici: «Quels soins de première ligne êtesvous prêts à réduire aujourd'hui pour être à même d'investir dans les technologies de l'information?»

Il faut absolument prévoir un fonds distinct. Il ne convient pas d'investir moins dans les soins de première ligne aujourd'hui, sous prétexte que d'ici cinq ou 10 ans, le système sera plus efficace, parce que nous disposerons de plus d'information.

La vice-présidente: Les deux vont de pair.

Mme Sholzberg-Gray: Oui. Il faut faire les deux en même temps. L'un des problèmes dans ce domaine, c'est qu'il faut continuer à traiter les malades de jour en jour dans le cadre du système actuel pendant que vous essayez de faire la transition vers le prochain système. À l'Université de Toronto, une professeure

enough slack in the system to spend money on the transitional areas, on the targeted areas, that need new investment without sacrificing treatment for people and increasing the waiting lists.

Senator Cook: When you began your presentations you used the word "sustainability." I have problems with what that word means across the spectrum of health care, particularly with respect to this study.

In your recommendation you recommend that we replace the Canada Health and Social Transfer by breaking it into separate envelopes for health, education and social assistance. Ms Sholzberg-Gray, you talked about going back to using the Social Union Framework Agreement. Would you comment on those two matters?

Why did we amalgamate those items, Mr. Georgetti? At one time they were separate, and then they were combined. Apparently you do not see it as working and you would like to break it apart. What would that achieve? It suggests to me that the Social Union Framework Agreement is loose and that, in fact, there are some holes. Perhaps we could tighten it up. I am having difficulty with the sustainability issue.

Ms Sholzberg-Gray: Many people are equating sustainability with affordability. In Canada a number of provincial governments claim that they cannot afford to spend 40 per cent to 55 per cent of their provincial budgets on health care because it will crowd out all of the important areas in which they need to invest. We agree that those other areas are crucial. In fact, they are crucial to the health of our nation. If you do not have an educated population, environmental expenditures or expenditures in housing and proper infrastructure, you will also not have a high health status. We would not want to crowd that out.

That all has to be put into perspective, though. One of the reasons that the program spending at those provincial levels has increased so much is that they have cut program spending in favour of tax cuts. We have to make a decision about which way we want to go — that is at the provincial level.

At the federal level, we believe that there is more room to spend money, and I have noted the ways in which we can do that. A certain number of billions of dollars per year could make up for past cuts, assure system change that will move in the right direction, and ensure access to comparable services.

As to the issue of the CHST and its murkiness, the truth is that we have had block funding since 1977. At the time it was introduced — forget about the tax cuts because that was a mistake — block funding was a good idea because it enabled

du nom de Carolyn Tuohy disait que le système actuel n'a pas la latitude voulue pour nous permettre de consacrer des crédits à des initiatives transitoires ou des programmes sélectifs qui requièrent de l'argent frais sans sacrifier les autres traitements dont les Canadiens ont besoin et faire allonger les listes d'attente.

Le sénateur Cook: Au début de vos exposés, vous avez parlé de «viabilité». Je ne suis pas tout à fait sûre de savoir ce que signifie ce terme par rapport à la gamme complète des soins de santé, notamment dans le contexte de cette étude.

Vous dites dans votre recommandation qu'il faut remplacer le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux par trois enveloppes budgétaires distinctes au titre de la santé, de l'éducation et de l'assistance sociale. Madame Sholzberg-Gray, vous avez dit qu'il faut reprendre les éléments de l'Accord-cadre sur l'union sociale. Je voudrais entendre vos observations sur ces deux questions.

Pourquoi a-t-on cru bon de fusionner ces trois secteurs, monsieur Georgetti? À une époque, ils étaient parfaitement distincts, et par la suite, il a été décidé de les fusionner. En ce qui vous concerne, la formule actuelle ne donne pas de bons résultats, si bien que vous demandez la création de trois enveloppes budgétaires distinctes. Quel serait l'avantage d'une telle formule? Pour moi, cela veut dire que l'Accord-cadre sur l'union sociale est trop vague et a peut-être des lacunes. Peut-être faudrait-il resserrer un peu les dispositions de cet accord. Disons que la question de la viabilité me semble tout à fait problématique.

Mme Sholzberg-Gray: Beaucoup de gens assimilent la viabilité aux moyens financiers. Au Canada, plusieurs administrations provinciales prétendent qu'elles n'ont pas les moyens de consacrer entre 40 et 50 p. 100 de leurs budgets provinciaux aux soins de santé, parce qu'elles seront obligées d'écarter toutes sortes d'autres domaines importants où des investissements s'imposent. Nous sommes d'accord pour dîre que ces autres domaines sont d'une importance critique. En fait, ils sont critiques pour la santé même de notre nation. En l'absence d'une population instruite, de dépenses environnementales ou de dépenses au titre du logement et d'une infrastructure appropriée, l'état de santé de la population ne sera pas très élevé. Donc, il ne s'agit ps d'exclure ces autres priorités.

Par contre, il faut voir tous ces éléments dans leur contexte. Si les dépenses de programmes au niveau provincial ont autant augmenté, c'est parce que les provinces ont préféré comprimer les dépenses pour être en mesure de réduire les impôts. Il s'agit donc de décider ce qui compte le plus — ça, c'est au niveau provincial.

Au niveau fédéral, il y a lieu à notre avis de dépenser davantage, et je vous ai parlé des différentes possibilités à cet égard. Un investissement de plusieurs milliards de dollars par année permettrait de compenser les compressions antérieures, d'apporter des changements au système qui l'orientera convenablement pour l'avenir, et de garantir l'accès à des services comparables.

En ce qui concerne le TCSPS et le vague qui l'entoure, le fait est que la formule du financement global existe depuis 1977. Au moment de son instauration — oubliez les réductions d'impôt, car c'était une erreur — le financement global était approprié parce

provincial governments to spend money in health areas other than hospitals and physician services. That led to the development of community services, which was a good thing in the sense that they did not have to track dollars. Therefore, block funding is not bad provided it is not linked to conditions, criteria and standards, which are carefully enforced, to ensure access for Canadians.

However, the CHST might not be working because we have these arguments between the various levels of government about who is spending what, who is not spending what, who is using the money for tax cuts and who is not using the money for tax cuts; and that is why we suggest looking at other mechanisms.

I meant to include the Social Union Framework Agreement in my comments, although it is not necessarily directly related to the discussion on the CHST. We have a Canada Health Act with very specific, though not well-defined, criteria and two other important principles: no user fees and no extra billing. We could expand the publicly funded system on a national basis to include a range of other services, noting that those services all exist in the various provinces in various ways. One way to do that might be to invoke the provisions of Social Union Framework Agreement specifically where it states that, if six provinces agree to common objectives, you can have a new, shared federal-provincial program and the objectives can be reasonably loose, although they should be tight enough to ensure that Canadians have reasonably comparable access, and you do not have to include every province. It also mentions provinces that currently meet the benchmark. For instance, let us say that Manitoba has a very strong home care program that would meet the new federal objectives, then it would receive the money and use it in other areas of the health system that are in need in that province. Similarly, New Brunswick has a good acute care replacement extramural hospital program, it might use the money to build up some other part — let us say its community services that might not be as good in the home support area — provided the common objectives were agreed to.

We are suggesting that the Social Union Framework Agreement i a way to enable the federal and provincial governments to come together to do something for Canadians without having to open up the Canada Health Act right now and having to make decisions on whether all of those principles should apply to the rest of the continuum.

For example, I do not see a situation in our country where the public would agree for one minute that people could not buy home support services if they wanted to because they needed more

qu'il permettait aux administrations provinciales d'utiliser les crédits versés au titre de la santé pour autre chose que les hôpitaux et les services des médecins. Voilà qui a donné lieu à la mise en place de services communautaires, ce qui était fort positif en ce sens que ce n'était pas nécessaire de suivre de près l'utilisation de tous les fonds. Donc, le financement global en soi n'est pas une mauvaise chose, à condition qu'il repose sur des conditions, des critères et des normes qui sont rigoureusement respectés, et ce afin de garantir à tous les Canadiens l'accès au système de soins.

Cependant, si le TCSPS ne donne pas de bons résultats, c'est peut-être à cause de ces disputes entre les différents paliers de gouvernement concernant le fait de savoir qui dépense quoi, quelles sommes ne sont pas utilisées, qui se sert des crédits pour financer des réductions d'impôt et qui ne le fait pas; voilà pourquoi nous proposons d'examiner d'autres mécanismes.

Je voulais aborder dans mes remarques liminaires la question de l'Accord-cadre sur l'union sociale, bien que ce ne soit pas directement lié au débat sur le TCSPS. Nous disposons à l'heure actuelle d'une Loi canadienne sur la santé qui comporte des critères bien spécifiques, même s'ils ne sont pas bien définis, et précise bien deux autres principes importants: les frais modérateurs et la surfacturation ne seront pas tolérés. Nous pourrions élargir le système public à l'échelle nationale pour prévoir toute une gamme d'autres services, bien que ces services existent déjà sous diverses formes dans différentes provinces. À cet égard, il conviendrait peut-être d'invoquer les dispositions de l'Accord-cadre sur l'union sociale là où on y précise que six provinces sont d'accord sur des objectifs communs, il sera possible de créer un nouveau programme fédéra-provincial à frais partagés, reposant sur des objectifs plus ou moins bien définis, même si ceux-ci devraient être décrits avec suffisamment de précision pour garantir que les citoyens canadiens auront un accès relativement comparable aux services et soins de santé, et toutes les provinces ne seront pas tenues d'y participer. Il y est également question de provinces qui répondent actuellement aux critères de base. Par exemple, supposons que le Manitoba ait un excellent programme de soins à domicile qui répond aux nouveaux objectifs fédéraux; à ce moment-là, la province du Manitoba recevrait des crédits et pourrait s'en servir dans d'autres secteurs du système de soins où les besoins sont plus impérieux. De même, le Nouveau-Brunswick a un bon programme d'hôpitaux extra-muros de remplacement des soins actifs, si bien qu'il pourrait se servir de cet argent pour améliorer les services dans un autre domaine - peut-être que ses services communautaires sont moins bons que ses soins à domicile — à condition d'être d'accord sur les objectifs communs.

À notre avis, l'Accord-cadre sur l'union sociale représente un meilleur moyen de permettre aux administrations fédérale et provinciales de participer à des projets coopératifs qui bénéficieront à toute la population sans avoir à rouvrir pour l'instant la Loi canadienne sur la santé et d'avoir à décider si tous ces principes devraient s'appliquer aux autres soins et services qui font partie de la séquence des soins.

Par exemple, je peux difficilement concevoir que les Canadiens acceptent qu'on leur refuse la possibilité de payer eux-mêmes des services de soutien à domicile s'ils avaient besoin de plus que ce than was provided in the publicly funded system. Yet, they are happy to accept the fact that physician and hospital services should be presented in a more restricted way. That is why we would suggest using SUFA.

Mr. Georgetti: From our perspective, the CHST was designed to mask the responsibility that the federal government used to have in terms of its transfer. We think that bringing it back to three individual programs would bring back three critical elements: control, accountability and, most importantly, transparency. Some schemes have political usefulness and this one has that. From the federal government's standpoint, in particular its relationship with the provinces, this would give it much more credibility with the Canadian public in respect of paying its share of the transfers for those areas and allowing the public to have an eye and a view to watch who is delivering on its commitment to the citizens in terms of responsibility.

I suspect that education will be next in this debate about whether we fund adequately. I watch across the country with interest what is happening in the area of our rhetorical commitment to education. The amount of money being injected is decreasing.

There should transparency so that Canadians can see exactly where their money is spent, how it comes back and where it is directed. It is nobody's fault but everybody's problem. I find that sad because rhetoric should not get in the way of making informed public policy decisions. Canadians are confused about who is paying for it and why the system is not working.

Ms Sholzberg-Gray: Sustainability sometimes means affordability. It means the kind of system we are talking about will change. The health system is sustainable if we have primary care reform, the appropriate information technology, the different ways of delivering services, services provided in the appropriate place by the appropriate provider, resolve all scope-of-practice issues, have appropriate drug utilization policies, et cetera. In other words, we have a sustainable system and we can make it affordable if we implement all of those system changes.

Forget people who think the whole solution is to privatize everything and that is that. Many people have said that we need this list of system changes. The real problem is that we keep saying we need them but we do not move to achieve them. That is the challenge. We have to do it so that we can have a sustainable system.

You cannot make straight-line projections based on today's expenditures as to what might happen 20 years from now. Twenty years ago, hospitals accounted for 45 per cent of our health

que prévoit le système de soins public. Par contre, ils acceptent volontiers que les services des médecins et ceux dispensés en milieu hospitalier fassent l'objet d'un peu plus de restrictions. Voilà pourquoi nous proposons de passer par l'ACUS.

M. Georgetti: À notre avis, le TCSPS a été conçu au départ pour occulter la responsabilité du fédéral par rapport aux transferts. À notre avis, le fait de prévoir à nouveau trois enveloppes distinctes permettrait de ramener trois éléments critiques: le contrôle, la responsabilisation et, surtout, la transparence. Certains projets ont leur utilité politique et c'est certainement ce qu'on peut dire à propos de celui-là. En ce qui concerne le fédéral, notamment du point de vue de ses rapports avec les provinces, la formule que nous proposons rétablirait grandement sa crédibilité auprès du public canadien en ce sens que les citoyens verraient eux-mêmes que le fédéral fait sa part par le biais de ces différents transferts et qu'ils seraient à même de déterminer qui prend ses responsabilités et qui respecte ses engagements vis-à-vis de la population.

J'ai l'impression que le prochain débat s'articulera autour de l'éducation et du fait de savoir si ce secteur est suffisamment bien financé. Je constate avec beaucoup d'intérêt l'évolution de la situation en ce qui concerne notre engagement superficiel vis-à-vis de l'éducation. En réalité, les crédits consacrés à l'éducation sont en baisse.

De plus, la transparence s'impose pour que les Canadiens voient exactement à quoi servent les deniers publics, comment ils sont réinvestis et dans quels secteurs. C'est la faute de personne mais le problème de tout le monde. Cela m'attriste parce que les belles paroles ne doivent pas nous empêcher de prendre des décisions éclairées en matière de décisions gouvernementales. Les Canadiens ne sont pas sûrs de savoir qui paie quoi et pourquoi le système ne marche pas.

Mme Sholzberg-Gray: La viàbilité est parfois synonyme de moyens financiers. Pour nous cela veut dire que le système dont nous parlons pourra évoluer. Notre régime survivra si nous procédons à une réforme des soins primaires, si nous avons accès aux technologies de l'information appropriées et à différentes méthodes de prestation des services, si les service sont fournis dans le milieu approprié par le fournisseur approprié, si les questions touchant l'étendue de la pratique sont réglées, si nos politiques sur l'utilisation des médicaments sont appropriées, et cetera. Autrement dit, nous avons un système viable et nous pouvons faire en sorte qu'il corresponde à nos moyens financiers si nous opérons tous les changements qui s'imposent.

N'écoutez pas ceux qui prétendent que la solution consiste simplement à tout privatiser, et voilà tout. Beaucoup de gens ont déjà déclaré que toute une série de changements s'impose. Le vrai problème, c'est que nous continuons à dire que nous devons changer les choses mais nous ne faisons rien pour concrétiser ces changements. Voilà le défi que nous avons à relever. Mais nous devons absolument le relever pour assurer la viabilité de notre système de soins.

Il n'est pas possible de faire une extrapolation linéaire, en se fondant sur les dépenses actuelles, pour savoir ce qui arrivera dans 20 ans. Il y a 20 ans, les dépenses des hôpitaux représentaient budget. Today, because of new technologies, day surgery and shorter hospital stays, hospitals account for only 32 per cent. Twenty years ago we would have been wrong if we had said it would be 45 per cent today. We have to make our projections on the basis of the system change that we must implement.

The Deputy Chairman: I believe there is general confusion in the public about block funding and tax points, and we have to acknowledge that. It equates with the line in the old Abbott and Costello movie, "Who's on First?" I think the public is confused as to who is responsible for what.

I thank our witnesses, Mr. Georgetti and Ms Sholzberg-Gray, for their enlightening and informative presentations.

The committee continued in camera.

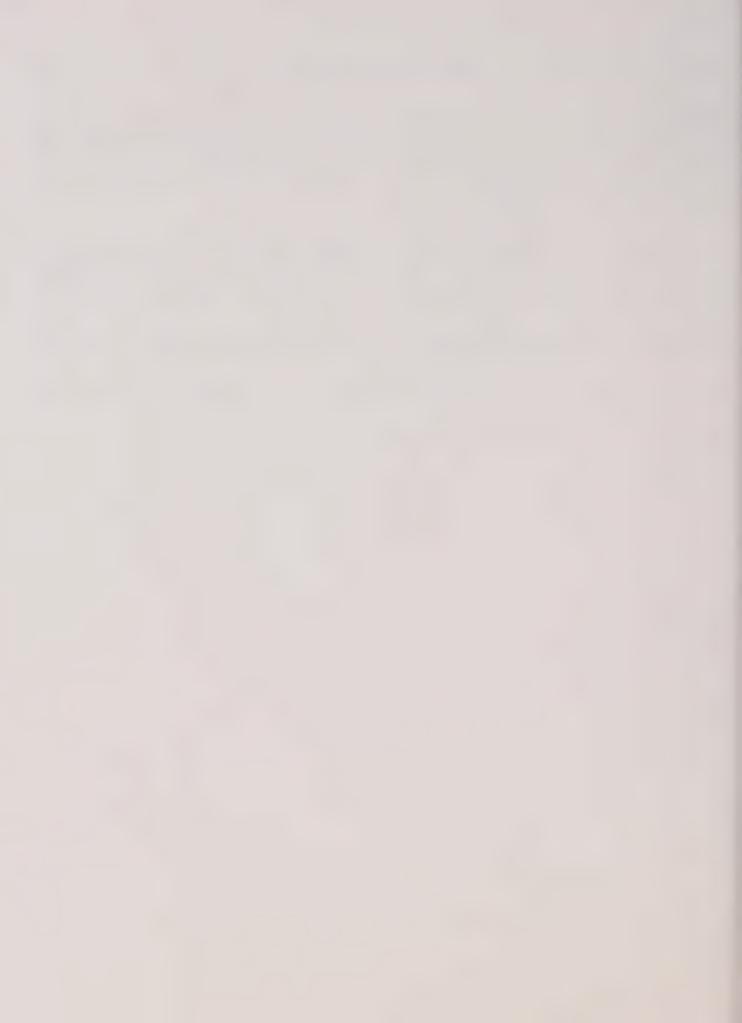
45 p. 100 de notre budget de santé. À l'heure actuelle, à cause des nouvelles technologies, de la chirurgie de jour et de la réduction des séjours à l'hôpital, les dépenses des hôpitaux ne représentent plus que 32 p. 100 du budget global. Il y a 20 ans, nous aurions eu tort de dire que leurs dépenses représenteraient maintenant 45 p. 100 de notre budget de santé. Il faut absolument fonder nos projections sur la nature des changements que nous comptons opérer.

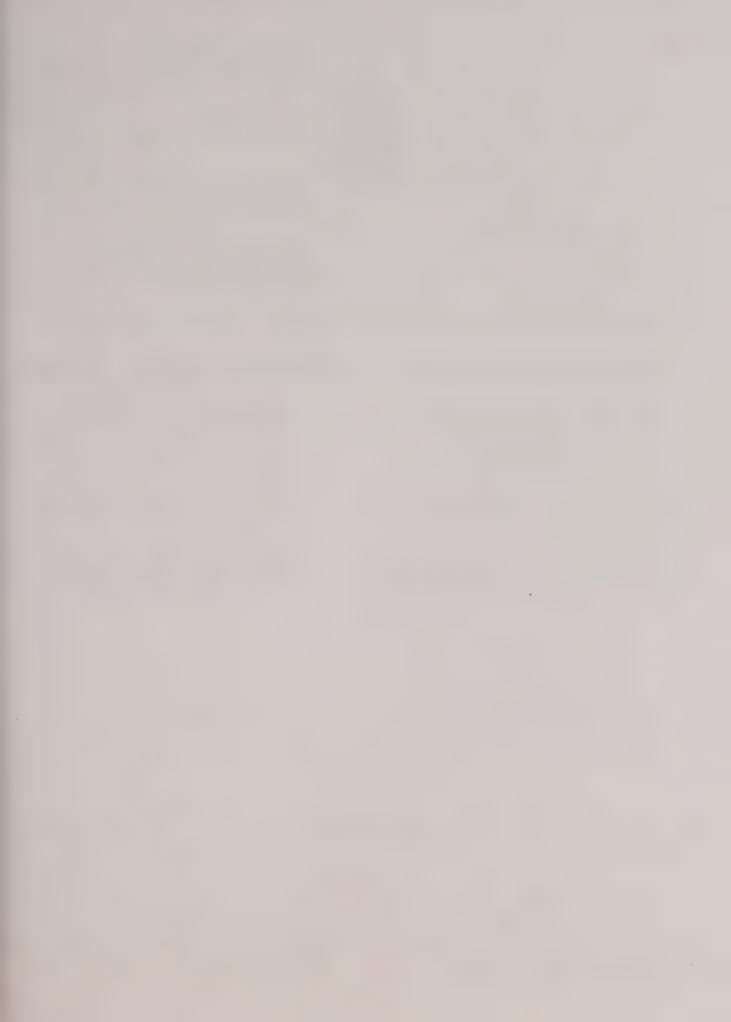
La vice-présidente: À mon avis, il y a pas mal de confusion dans l'esprit des gens concernant le financement global et les points fiscaux, et il faut en être conscient. Ça me rappelle la fameuse boutade du vieux film d'Abbott et Costello, «C'est à qui de commencer?» À mon avis, le public ne sait pas très bien qui est responsable de quoi.

Je voudrais remercier nos témoins, M. Georgetti et Mme Sholzberg-Gray, pour leurs exposés fort intéressants et informatifs.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.









If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada – Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison, retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada – Édition 45 Boulevard Sacré-Coeur
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESSES

From the Canadian Healthcare Association:

Sharon Sholzberg-Gray, President and CEO;

Kathryn Tregunna, Director, Policy Development.

From the Canadian Labour Congress:

Kenneth V. Georgetti, President;

Cindy Wiggins, Senior Researcher, Social and Economic Policy Department.

TÉMOINS

De l'Association canadienne des soins de santé:

Sharon Sholzberg-Gray, présidente-directrice générale;

Kathryn Tregunna, directrice, Élaboration des politiques.

Du Congrès du travail du Canada:

Kenneth V. Georgetti, président;

Cindy Wiggins, recherchiste principale, Direction des politic sociales et économiques.

Available from: Public Works and Government Services Canada – Publishing Ottawa, Canada K1A 0S9

Also available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

En vente:

Travaux publics et Services gouvernementaux Canada – Édition Ottawa, Canada K1A 0S9

Aussi disponible sur internet: http://www.parl.gc.ca

CA 1 1026 - 551



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

Première session de la trente-septième législature, 2001-2002

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

Proceedings of the Standing Senate Committee on

Délibérations du Comité sénatorial permanent des

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:

The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, March 13, 2002 (in camera)
Wednesday, April 17, 2002 (in camera)
Wednesday, April 24, 2002

Président:

L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 13 mars 2002 (à huis clos) Le mercredi 17 avril 2002 (à huis clos) Le mercredi 24 avril 2002

Issue No. 50

Forty-seventh and forty-eighth meetings on:

The state of the health care system in Canada

and

First meeting on:

Examination of the document entitled "Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français"

Fascicule nº 50

Quarante-septième et quarante-huitième réunions concernant:

L'état du système de soins de santé au Canada

et

Première réunion concernant:

L'examen du document intitulé «Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français»

WITNESS: (See back cover)



TÉMOIN: (Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, Chair
The Honourable Marjory LeBreton, Deputy Chair
and

The Honourable Senators:

Callbeck

* Carstairs, P.C.
(or Robichaud, P.C.)
Cook
Cordy
Di Nino
Fairbairn, P.C.

Keon

* Lynch-Staunton
(or Kinsella)
Morin
Pépin
Robertson
Roche

* Ex Officio Members

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Fairbairn substituted for that of the Honourable Senator Christensen (April 18, 2002).

The name of the Honourable Senator Pépin substituted for that of the Honourable Senator Léger (April 18, 2002).

The name of the Honourable Senator Léger substituted for that of the Honourable Senator Pépin (April 16, 2002).

The name of the Honourable Senator Christensen substituted for that of the Honourable Senator Fairbairn (April 16, 2002).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck

* Carstairs, c.p.
(ou Robichaud, c.p.)
Cook
Cordy
Di Nino
Fairbairn, c.p.

Keon

* Lynch-Staunton
(ou Kinsella)
Morin
Pépin
Robertson
Roche

* Membres d'office

(Quorum 4)

Modification de la composition du comité

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Fairbairn substitué à celui de l'honorable sénateur Christensen (le 18 avril 2002).

Le nom de l'honorable sénateur Pépin substitué à celui de l'honorable sénateur Léger (le 18 avril 2002).

Le nom de l'honorable sénateur Léger substitué à celui de l'honorable sénateur Pépin (le 16 avril 2002).

Le nom de l'honorable sénateur Christensen substitué à celui de l'honorable sénateur Fairbairn (le 16 avril 2002).

Published by the Senate of Canada

Publié par le Sénat du Canada

Available from Canada Communication Group - Publishing, Public Works and Government Services Canada, Ottawa, canada K1A 0S9

En vente: Groupe Communication Canada – Édition, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* of Thursday, December 6, 2001:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator Gauthier, seconded by the Honourable Senator Fraser:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on the document entitled Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

ORDRE DE RENVOI

Extrait des Journaux du Sénat du jeudi 6 décembre 2001:

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Gauthier, appuyée par l'honorable sénateur Fraser,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner et à faire rapport sur le document intitulé Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat,
Paul Bélisle
Clerk of the Senate

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, March 13, 2002 (59)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, *in camera*, in room 705, Victoria Building, at 3:52 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Keon, LeBreton, Kirby, Morin, Pépin and Roche (9).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Howard Chodos, from the office of Senator Cordy: James MacNeil, from the office of Senator Kirby: Jeff MacLeod, from the office of Senator Pépin: Momar Diagne, from the office of Senator Roche: Todd Martin, from the office of Senator Callbeck: Mary Moore, from the office of Senator Fairbairn: Megan Cain, from the office of Senator Robertson: Ross McKean, from Burke Cader Media Strategies Inc.: John Burke and Alvin Cader, from the Committees and Private Legislation Directorate: Debbie Pizzoferrato and staff from the Page Programme, Interpretation Services and the Senate Messengers.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No.2.)

The committee considered its draft report.

It was agreed — That the draft report of the committee be adopted as the committee's Fifth Volume and that the approval of the final version be delegated to the Chair, Deputy Chair, Senator Keon and Senator Morin.

The committee discussed future business.

At 5:20 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, April 17, 2002 (60)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, *in camera*, in room 705, Victoria Building, at 5:07 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Keon, LeBreton, Kirby and Morin (7).

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mercredi 13 mars 2002 (59)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à huis clos, à 15 h 52, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Keon, LeBreton, Kirby, Morin, Pépin et Roche (9).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos; du bureau du sénateur Cordy: James MacNeil; du bureau du sénateur Kirby: Jeff MacLeod; du bureau du sénateur Pépin: Momar Diagne; du bureau du sénateur Roche: Todd Martin; du bureau du sénateur Callbeck: Mary Moore; du bureau du sénateur Fairbairn: Megan Cain; du bureau du sénateur Robertson: Ross McKean; de Burke Cader Media Strategies Inc.: John Burke et Alvin Cader; de la Direction des comités et de la législation privée: Debbie Pizzoferrato; des membres du personnel du Programme des pages, du Service d'interprétation et du Service des messagers du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule nº 2 du comité*.)

Le comité examine son projet de rapport.

Il est convenu — D'adopter le projet de rapport du comité (Cinquième volume du comité), et de demander à la présidence, à la vice-présidence de même qu'aux sénateurs Keon et Morin d'en approuver la version finale.

Le comité discute de ses travaux futurs.

À 17 h 20, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le mercredi 17 avril 2002 (60)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à huis clos, à 17 h 07, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence l'honorable Michael Kirby (président).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Keon, LeBreton, Kirby et Morin (7).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Howard Chodos, from the office of Senator Cordy: James MacNeil, from the office of Senator Kirby: Jeff MacLeod, from the office of Senator Pépin: Momar Diagne, from the office of Senator Callbeck: Mary Moore, from the office of Senator Robertson: Ross McKean, from Burke Cader Media Strategies Inc.: John Burke and Alvin Cader, from the Committees and Private Legislation Directorate: Debbie Pizzoferrato and staff from the Page Programme, Interpretation Services and the Senate Messengers.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No.2.)

The committee discussed future business.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, December 6, 2001, the committee began its consideration of the document entitled "Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français."

It was agreed — That Senator Morin be authorized to Chair the meetings of the committee's consideration of the document entitled "Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français."

At 5:20 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, April 24, 2002 (61)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in room 705, Victoria Building, at 4:27 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Fairbairn, Kirby, Morin, Pépin and Roche (6).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Howard Chodos and Odette Madore.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No.2.)

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos; du bureau du sénateur Cordy: James MacNeil; du bureau du sénateur Kirby: Jeff MacLeod; du bureau du sénateur Pépin: Momar Diagne; du bureau du sénateur Roche: Todd Martin; du bureau du sénateur Callbeck: Mary Moore, du bureau du sénateur Fairbairn: Megan Cain; du bureau du sénateur Robertson: Ross McKean; de Burke Cader Media Strategies Inc.: John Burke et Alvin Cader, de la Direction des comités et de la législation privée: Debbie Pizzoferrato; des membres du personnel du Programme des pages, du Service d'interprétation et du Service des messagers du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule nº 2 du comité*.)

Le comité discute de ses travaux futurs.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 6 décembre 2001, le comité entreprend l'examen du document intitulé: «Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français».

Il est convenu — Que le sénateur Morin soit autorisé à présider les réunions du comité portant sur le document intitulé: «Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français».

À 17 h 20, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le mercredi 24 avril 2002 (61)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 27, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Fairbairn, Kirby, Morin, Pépin et Roche (6).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos et Odette Madore.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule nº 2 du comité*.)

WITNESS:

Ontario Health Services Restructuring Commission:

Dr. Duncan Sinclair, Former Commissioner

The Chairman made a statement.

Dr. Sinclair made a statement and answered questions.

At 5:54 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

TÉMOIN:

De la Commission de restructuration des services de santé (Ontario):

Le Dr Duncan Sinclair, ancien commissaire.

Le président fait une déclaration.

Le Dr Sinclair fait une déclaration et répond aux questions.

À 17 h 54, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité, Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, April 24, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:27 p.m. to examine the state of the health care system in Canada

Senator Michael Kirby (Chairman) in the Chair.

[English]

The Chairman: Our witness is Dr. Duncan Sinclair, who was the chair of the Ontario Health Services Restructuring Committee, which preceded three other provincial studies of the health care sector that received a greater coverage — the Clair Commission in Québec, the Fyke Commission in Saskatchewan and the Mazankowski Commission in Alberta. Dr. Sinclair's study was done almost two years before any of those.

We have asked Dr. Sinclair to come as the first witness in our move from the conclusions and principles of our fifth volume toward our final volume on the subject of restructuring, which we will release at the end of October. We will ask him to begin by giving us his overview comments and then we will ask questions.

During the hour while we waited, you had the opportunity for a conversation with our research staff and Senator Morin, the former dean of medicine at Laval, who is also a member of this committee.

I should tell honourable senators that Dr. Sinclair is one of the best editors I have ever met. I prevailed upon his excellent editing skills to look at an earlier draft of our volumes, which he undertook meticulously. I want to thank you for all the editorial assistance that you have given to the committee.

Would you turn to your opening summary, and we will ask questions after that.

Dr. Duncan Sinclair, Former Commissioner, Ontario Health Services Restructuring Commission: The time is best spent answering question, so I will be brief. I have read your volume 5 off the Web. I agree with virtually everything said. It is a very good volume. If I may say so, it is better than some of the others.

I would like to make a few comments about it before we get on with the matter at hand. You opened with a statement saying that the Canadian health care system is not sustainable without more money, and frankly, I disagree with that. If you had modified your statement to say that the Canadian health care system, as presently organized and operated, is not sustainable without more money, I would agree thoroughly. We do not know if the system is over-funded, under-funded or just about right. Frankly, we just do not have the information necessary to judge.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 24 avril 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit ce jour à 16 h 27 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (président) occupe le fauteuil.

[Traduction]

Le président: Notre témoin est le docteur Duncan Sinclair, qui a présidé la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, dont le travail a précédé trois autres études provinciales du secteur de la santé qui ont suscité une plus grande attention des médias: la Commission Clair au Québec, la Commission Fyke en Saskatchewan et la Commission Mazankowski en Alberta. L'étude du Dr Sinclair est antérieure de presque deux ans à ces trois autres.

Nous avons invité le Dr Sinclair comme premier témoin après le dépôt de notre cinquième volume traitant des principes et recommandations de réforme, et en prévision de notre dernier volume sur le sujet de la restructuration que nous publierons fin octobre. Je vais lui demander de nous faire une déclaration liminaire et nous pourrons ensuite lui poser des questions.

Pendant l'heure d'attente que nous avons eue, vous avez pu vous entretenir avec notre personnel de recherche et le sénateur Morin, l'ex-doyen de la faculté de médecine à Laval, qui est également membre de ce comité.

Je signale aux honorables sénateurs que le Dr Sinclair est l'un des meilleurs éditeurs de textes que j'ai jamais rencontrés. J'ai fait appel à son talent dans ce domaine et lui ai demandé d'examiner les ébauches de nos volumes précédents, ce qu'il a fait méticuleusement. Je tiens à le remercier de toute l'aide qu'il nous a apportée à cet égard.

Si vous voulez nous faire votre déclaration liminaire, nous aurons ensuite des questions pour vous.

Le Dr Duncan Sinclair, ex-commissaire, Commission de restructuration des services de soins de santé de l'Ontario: Je serai bref car je pense que la meilleure utilisation du temps sera que je réponde à vos questions. J'ai lu sur l'Internet votre volume 5. Je suis d'accord avec virtuellement tout son contenu. C'est un excellent volume. Si vous me permettez de le dire, il est meilleur que beaucoup d'autres.

J'aimerais dire quelques mots le concernant avant de passer au sujet qui nous occupe. Vous commencez par dire que le système de santé canadien n'est pas viable sans ressources supplémentaires et, franchement, je ne suis pas d'accord avec cela. Je serais totalement d'accord si vous aviez spécifié que le système de santé canadien n'est pas viable sans ressources supplémentaires tel qu'il est actuellement organisé et administré. Nous ne savons pas si le système est surfinancé, sous-financé ou financé juste comme il faut. Franchement, nous n'avons pas les données requises pour juger.

My one concern about the nature of your report is that it leads the reader to conclude that money is the solution to the problem. None of us knows that because we do not have the information.

Everyone recognizes that in order to get to where we ought to be, more funding is needed. The amount of that is not known but it will not be cheap. That is an expensive proposition. The price of change is going to be substantial — I agree very much with Ken Fyke who said so explicitly in his report, as did Michel Clair and Don Mazankowski. We all agree with that.

The price of change must be spent in such a way that the providers of the members of health services do not become lulled into the belief that this is more money in the system. It must be clearly identified as the price necessary to achieve change. In my experience, Wildavsky's "law of medical money" applies — it says that there is never enough money. Keep that in mind.

You refer in your report to "ducking the tough financial issues." Again, I do not agree. The financial issue is not the toughest issue; the toughest issue is how we change the system. How do we get people to buy into and contribute to major change? That is really hard.

You refer frequently in the report to rationing. Let us be realistic that rationing will always be necessary. Rationing — whether it is of health services or any other service — is a necessary condition. However, we need to be concerned about the basis on which we ration services.

We have it absolutely right that those services should be rationed on the basis of the need for them, not the demand for them, and certainly not on the ability to pay. I stand foursquare with every Canadian although there is quite a bit of slippage coming that would have an increasing number of services paid for on the basis of the ability to pay — that is creating the multiple tiers.

Your report refers to tax levels and competitiveness. I would ask you to keep in mind the principal argument that has been advanced over the past many years about automobile manufacturing. It notes that Canada has a competitive advantage by virtue of having the so-called health system that we do. The cost of manufacturing an automobile in Canada is so much less than in the United States by virtue of the fact that we have a single payer insurance system that meets costs in this country, which, in the United States are tacked right on to the price of the automobile. Therefore, the tax level itself is not the only thing that contributes to competitiveness in a country, however that is obviously where it is applied.

People can draw the inference from your report that we have to be very careful about increasing taxation less we interfere with our competitiveness. The way in which we fund health care is a very good example to keep in mind for the future. Ma principale réserve sur votre rapport est qu'il amène le lecteur à conclure que l'argent est la solution du problème. Nul d'entre nous ne peut le dire, car nous ne possédons pas l'information requise.

Tout le monde s'accorde à dire que pour réaliser le système que nous souhaitons, il faudra davantage de moyens. On ne connaît pas le montant, mais il ne sera pas mince. Cela va coûter cher. Le prix du changement sera substantiel — je suis d'accord là-dessus avec Ken Fyke, qui a dit cela explicitement dans son rapport, de même que Michel Clair et Don Mazankowski. Nous nous accordons tous là-dessus.

Le prix du changement devra être dépensé de telle façon que les fournisseurs de services de santé ne puissent s'assoupir dans la croyance que cet argent est destiné au système actuel. Il doit être clairement présenté comme le prix à payer pour opérer des changements. Selon mon expérience, la «loi de l'argent médical» énoncée par Wildavsky s'applique: elle dit tout simplement qu'il n'y aura jamais assez d'argent. Ne perdez pas cela de vue.

Vous dites dans votre rapport qu'il ne faut pas «éluder les questions financières difficiles». Encore une fois, je ne suis pas d'accord. Le problème financier n'est pas le plus difficile; le plus difficile est de savoir comment changer le système. Comment amener les intervenants à accepter et à contribuer à une refonte? C'est cela qui est réellement difficile.

Vous parlez souvent dans votre rapport de rationnement. Soyons réaliste, le rationnement sera toujours nécessaire. Le rationnement — que ce soit des services de santé ou de tout autre service — est incontournable. Cependant, il s'agit de savoir sur quelle base on rationne les services.

Nous convenons totalement que ces services doivent être rationnés sur la base du besoin, et non de la demande, et certainement pas de la capacité à payer. Je suis tout à fait en accord avec tous ces Canadiens qui refusent qu'un nombre croissant de services soient couverts sur la base de la capacité de payer — c'est cela qui crée les soins à plusieurs vitesses.

Votre rapport fait état des niveaux d'imposition et de la compétitivité. Ne perdez pas de vue l'argument principal invoqué depuis de nombreuses années pour expliquer le succès du secteur automobile. Il veut que le Canada ait un avantage concurrentiel qui tient à son système de santé. Le coût de la fabrication d'une voiture au Canada est inférieur à ce qu'il est aux États-Unis du fait que nous avons un système d'assurance à payeur unique qui couvre les coûts dans ce pays, alors qu'aux États-Unis ce coût doit être rajouté au prix de la voiture. Par conséquent, le niveau d'imposition n'est pas le seul facteur de la compétitivité dans un pays, mais il en est certainement un parmi d'autres.

Les gens pourraient conclure de votre rapport qu'il faut se garder d'augmenter les impôts, sous peine de nuire à notre compétitivité. La façon dont nous finançons les soins de santé est un très bon exemple du contraire et il ne faut pas le perdre de vue à l'avenir.

"Delisting" and "two tiers" are basically the same. You do not have three options in this regard; there are only two. One is more money and the other one is delisting or whatever you wish to call it.

You make mention of incentives with which I absolutely agree, but I would ask you to consider how those incentives are delivered. The only way in which you can deliver incentives is on the ground, that is, face-to-face with individuals who are affected by them. That, then, couples devolution — not decentralization or de-concentration, but the true transfer of power and authority — to more local levels. That is the only place where incentives can be exercised. One size does not fit all. Senator Morin and I were talking earlier about what will work in rural and remote Quebec and what will work in downtown Montreal are not necessarily even related.

I would argue very strongly for the principle of devolution. However, that should be coupled with the expectation that the devolved authorities — be they regional health authorities, integrated health systems, primary care groups and so on — would be held accountable to meet clearly defined objectives. Setting those objectives is in the nature of what governments will have to do. They should get out of the management business and into the governance business — put management on the ground where it in fact can be genuinely exercised.

One of the incentives that you stress prominently in your report is that of putting a cap on how long people should wait. I would urge a bit of caution in that because we do not have very many waiting lists in this country. We have many people waiting, but we do not know on what basis.

The Western Canada Waiting List Project is a very important one, and I am anxiously looking forward to the results of that. The Cardiac Care Network of Ontario is successful. It is now being expanded to incorporate some other cardiac-related services. However, most of our waiting lists are undisciplined founded on an absence of criteria that have been argued through. Therefore, we have waiting on the basis of need rather than waiting on the basis of demand. I would argue that currently we do not know the present mixture between need and demand. Many people are waiting unnecessarily long periods of time.

It is kind of scary that we are heading towards making major policy changes on the basis of waiting lists that are undisciplined completely. That is scary.

I will make a comment about research. The literature that applies to all business and industries except health care over the past 50 years shows that the development of new knowledge and technology has resulted in vastly increased productivity — largely through the substitution of machinery for people and of lower costs for higher cost people.

La «désassurance» et la «santé à deux vitesses» sont fondamentalement la même chose. Vous n'avez pas trois options à cet égard, il n'y en a que deux. La première est davantage de ressources et la deuxième est la désassurance ou tout autre terme que vous voudrez employer.

Vous parlez d'incitatifs et je suis absolument d'accord, mais il s'agit de savoir comment ces incitatifs seront fournis. La seule façon d'apporter les incitatifs est de le faire à la base, c'est-à-dire face à face avec les personnes touchées. Cela nous amène à la dévolution — pas la décentralisation, ni la déconcentration, mais le véritable transfert de pouvoir et d'autorité — à des niveaux plus locaux. C'est le seul lieu où des incitatifs peuvent être appliqués. Les incitatifs ne peuvent être uniformes. Le sénateur Morin et moi-même nous sommes accordés à dire tout à l'heure que ce qui marche dans les campagnes et les régions isolées du Québec ne marche pas nécessairement au centre-ville de Montréal, loin de là.

Je suis très fervent partisan du principe de la dévolution. Cependant, celle-ci doit être couplée à l'obligation pour les autorités investies — qu'il s'agisse d'administrations sanitaires régionales, de systèmes de santé intégrés, de groupes de soins primaires, etc. — de remplir des objectifs clairement définis. La fixation de ces objectifs incombe au gouvernement. Ces derniers doivent cesser de vouloir administrer les services et se limiter à la gouvernance — c'est-à-dire confier l'administration au niveau local, là où elle peut être efficacement assurée.

L'une des incitations sur lesquelles vous mettez l'accent dans votre rapport consiste à imposer des plafonds aux délais d'attente. Je vous exhorte à la prudence à cet égard car nous n'avons pas tellement de listes d'attente dans ce pays. Nous avons beaucoup de gens qui attendent, mais nous ne savons pas pour quelles raisons.

Le Projet de liste d'attente pour l'ouest du Canada est très important et j'en attends impatiemment les résultats. Le Réseau des soins cardiaques de l'Ontario est une réussite. On va maintenant l'élargir pour y englober d'autres services de type cardiaque. Cependant, la plupart de nos listes d'attente sont désordonnées du fait de l'absence de critères réfléchis. Par conséquent, on attend sur la base du besoin plutôt que de la demande. Nous ne connaissons pas actuellement la combinaison des temps d'attente fondés sur le besoin et de ceux fondés sur la demande. Beaucoup de patients connaissent de longs délais d'attente, inutilement.

Il est effrayant que l'on se dirige vers des changements de politique majeurs sur la base de listes d'attentes qui sont totalement indisciplinées. Cela fait peur.

Je dirai un mot sur la recherche. Dans tous les secteurs, sauf celui de la santé, toutes les études effectuées ces 50 dernières années montrent que la création de nouvelles connaissances et le développement technologique ont entraîné d'énormes gains de productivité — principalement du fait du remplacement des hommes par des machines et de la réduction des effectifs à salaire élevé.

Speaking of research, we do need research desperately. Why has that not happened in health care? All technology appears to be additive. That seems to go against the way technology is applied in other disciplines. The situation is similar with knowledge.

Therefore, I was a little surprised to see your third chapter dealing with technology. I know people are concerned about the absence of access to MRIs, CTs or radiation treatment. Those concerns are real. I do not wish to belittle them, but the fact is that before we leap into an increased acquisition of technology, let us find out what we expect that technology to do.

A reasonable expectation is that technology should increase the productivity as well as the quality of health care. We do not have sufficient numbers of people devoting their research energies to that fundamental question.

I agree with your technology assessment emphasis, but I would expand it. I would have it applied to research generally in the entire field.

I would be pleased to try to answer any questions that you may

The Chairman: I would like to clarify one point. I think we agreed with you when we were talking about "not fiscally sustainable," we were talking about the system as it is presently structured. Indeed, we made the same observation as you, which is that putting more money into the existing system just to drive volume does not make sense. We must restructure. As well, we agree that restructuring will cost money, and that, at least, would be new money put into the system.

We also agree that, after looking at some of the relative cost drivers, the odds are that you will certainly need more money in the short term. It may so happen that you get deficiencies such that in the long term you need less, but our view was that it would be a mistake to put all our eggs in one basket: to not have a contingency plan available as to what happens if you do not save enough. It was in that context that we entered into the money issue.

I have two questions, particularly given your experience with restructuring the hospital sector in Ontario.

You have some doubts about whether it is worth putting in place the information systems required to enable a hospital to know its costs of production. Let me explain what our incentive and rationale for that is, and see if you have another way of getting at it.

Our view was that once you separate the payer and provider—which we felt was important to put an element of consumer choice and competitiveness at the hospital clinic level—the only real way to pay hospitals and clinics was, in fact, to pay them on the basis of what they did. Then, as the insurer you could go to the most efficient providers, or alternatively you can pay all institutions in the province the same amount and certain institutions, such as tertiary care teaching hospitals, would find that it does not makes sense for them to do certain things.

Nous avons désespérément besoin de recherche. Pourquoi n'est-elle pas faite dans le secteur de la santé? Toutes les technologies semblent s'y ajouter les unes aux autres, contrairement à ce qui se passe dans les autres disciplines. Il en va de même du savoir.

Par conséquent, j'ai été un peu surpris de lire votre troisième chapitre sur la technologie. Je sais que le public s'inquiète du manque d'accès à l'IMR, au scanner ou à la radiothérapie. Ces problèmes sont réels, je ne peux pas les minimiser, mais avant de se précipiter pour acquérir du matériel, réfléchissons à ce que nous en attendons.

Il serait raisonnable d'espérer que cette technologie améliore et la productivité et la qualité des soins. Trop peu de chercheurs consacrent leur énergie à répondre à cette question fondamentale.

Je suis d'accord avec l'accent que vous mettez sur l'évaluation technologique, mais j'élargirais cela à toute la recherche dans le domaine.

Je serais ravi de répondre aux questions que vous pourriez avoir.

Le président: J'aimerais clarifier un point. Lorsque nous disons que le système n'est pas «financièrement viable», nous sommes d'accord avec vous, car nous parlons du système tel qu'il est actuellement structuré. Nous faisons d'ailleurs la même observation que vous, à savoir qu'il ne sert à rien d'injecter davantage d'argent dans le système actuel pour absorber plus de volume. Il faut restructurer. Nous convenons également que la restructuration coûtera cher et exigera, à tout le moins, des ressources nouvelles injectées dans le système.

Après avoir examiné certains des facteurs relatifs de coût, nous convenons également qu'il faudra davantage d'argent à court terme. On pourra peut-être réaliser des gains d'efficience tels qu'à long terme on aura besoin de moins, mais nous considérons que ce serait une erreur de mettre tous nos oeufs dans le même panier, de ne pas avoir de plan pour le cas où les économies seraient insuffisantes. C'est dans ce contexte que nous avons abordé la question financière.

J'ai deux questions, compte tenu de votre expérience avec la restructuration du secteur hospitalier en Ontario.

Vous doutez qu'il en vaille la peine de mettre en place les systèmes d'information requis pour qu'un hôpital puisse déterminer ses coûts de production. Permettez-moi d'expliquer notre raisonnement à ce sujet et voyons si vous avez une autre solution.

Notre point de vue est qu'une fois que l'on sépare le payeur et le fournisseur — ce qui nous a paru important pour instaurer un élément de choix du consommateur et de compétition au niveau clinique — la seule façon réelle de payer les hôpitaux et cliniques était de les rémunérer à l'acte. Ainsi, en tant qu'assureur, vous pouvez vous adresser au fournisseur le plus efficient, ou encore vous pouvez payer le même montant à tous les établissements de la province et certains d'entre eux, tels que les hôpitaux universitaires de soins tertiaires constateraient qu'il n'est pas payant pour eux de faire certaines choses.

I attended a conference on the weekend with senior hospital administrators. The example they gave was it does not make sense for a specialist at a children's hospital to do tonsillectomies. They are much cheaper and more efficiently done at the community care level. There are two ways to get hospitals out of doing tonsils. You can use the "command and control" model, which is to tell them to stop doing them, which we do not like. The second way is to price tonsillectomies in such a way that they will not them because they cannot make any money at it, whereas the community hospitals will.

Would you talk to us about how we can go about taking the principle of service-based funding to introduce an element of competition among the hospitals and clinics? How could one implement that principle, what are its pitfalls and are there particular incentives that would work?

By the way, I like one observation you made, which I thought about indirectly, rather than directly. You are absolutely right about our moving to incentives being a move to devolution.

Since we are dealing with Ontario, I would like to hear your thoughts on primary care reform, which has been tried — although not successfully — in Ontario. At least that is the impression we get. We know that will meet some resistance from family practitioners. Indeed, I ran into some resistance at the discussion I had on the weekend. To describe my perspective, I used the analogy of talking to bankers who used to think that when banks were open from ten o'clock in the morning to three o'clock in the afternoon, they were providing real customer service.

To some extent, there is a need to change the thinking of the providers — to have them recognize that their job is not forcing patients to fit into what is convenient for them, but to design a patient-oriented system and let them fit into the system. That is a radical thought, although given that so many other industries have changed I would have not thought that, but on the basis of my small, random sample since last Thursday, it does appear to be that way.

Would you give your comments on that, please?

Dr. Sinclair: First, with the hospital issue and paying them for what they do instead of the global budget. The global budget concept was meant to have done just that. It was supposed to be based on what they do and be amended year by year, but it does not work well and we know that.

I have considerable concern that if hospitals and, perhaps, other agencies and institutions go onto what amounts to a fee-for-service basis, then we may indeed perpetuate abuse of the system — and I do not think that is too strong a term as we perceive that from some physicians who have exploited the fee-for-service model.

J'ai participé à une conférence pendant la fin de semaine avec des administrateurs hospitaliers de haut niveau. L'exemple qu'ils ont donné est qu'il n'est pas rationnel pour un spécialiste d'un hôpital pour enfants d'effectuer des ablations d'amygdales. Il est beaucoup moins coûteux et plus efficient d'effectuer celles-ci au niveau des soins communautaires. Il y a deux façons d'empêcher les hôpitaux d'enlever les amygdales. Vous pouvez utiliser le modèle du commandement et contrôle, c'est-à-dire que vous leur ordonnez d'arrêter, ce que nous n'aimons pas. La deuxième façon est de fixer le prix de l'amygdalectomie de telle façon qu'ils ne trouveront pas intérêt à les faire, au contraire des hôpitaux communautaires.

Pourriez-vous nous parler de l'emploi de la rémunération à l'acte comme facteur de concurrence entre les hôpitaux et les cliniques? Comment mettrait-on en oeuvre ce principe, quels en sont les pièges et existe-t-il des incitatifs particuliers qui pourraient fonctionner?

Au fait, j'ai aimé une observation que vous avez formulée, à laquelle j'ai réfléchi indirectement plutôt que directement. Vous avez absolument raison de dire que le recours aux incitatifs constitue une dévolution.

Puisque nous parlons de l'Ontario, j'aimerais connaître votre avis sur la réforme des soins primaires qui a été tentée en Ontario, bien que sans grand succès. Du moins c'est l'impression que nous retirons. Nous savons que les médecins généralistes y opposeront une résistance. J'ai effectivement rencontré une certaine résistance pendant la discussion que j'ai eue en fin de semaine. Pour situer mon point de vue, j'ai employé comme analogie les banques qui pensaient jadis qu'elles offraient un bon service à la clientèle lorsqu'elles ouvraient de 10 h du matin à 3 h de l'après-midi.

Dans une certaine mesure, un changement de mentalité s'impose chez les prestateurs — ils doivent reconnaître que leur rôle n'est pas de forcer les patients à se contenter de ce qui est bon pour eux-mêmes, mais plutôt de concevoir un système axé sur le patient auquel eux-mêmes doivent s'adapter. C'est une idée considérée comme radicale, ce qui me surprend vu que beaucoup d'autres industries ont su évoluer, mais si je me fie au petit échantillon aléatoire que j'ai vu depuis jeudi dernier, c'est bien ce qu'il semble.

Pourriez-vous me donner votre avis sur ces sujets, s'il vous plaît?

Le Dr Sinclair: Voyons, premièrement, le financement à l'acte des hôpitaux, à la place d'un budget global. L'idée du budget global était précisément cela. Il était censé les payer sur la base de ce qu'ils font et être modifié d'année en année, mais cela ne marche pas très bien et nous le savons.

Je crains beaucoup que si l'on impose aux hôpitaux et, peutêtre, à d'autres organismes et institutions ce qui équivaut à une rémunération à l'acte, on ne perpétue les abus — et je ne pense pas que ce soit un terme trop fort car on a vu certains médecins exploiter le modèle de la rémunération à l'acte. The danger is very much less in hospitals, given that the hospital itself is not the gatekeeper. However, one would have to be careful to avoid collusion between those who are the gatekeepers of hospital function and the hospitals themselves. I am thinking particularly of the call back.

When I was at Queen's, we changed the mechanism by which all clinical members of faculty were provided recompense. We went to an alternative funding model and away from fee for service. Before that, I used to get frequent calls from referring physicians in the area, from Brighton to Cornwall to Perth, saying: "What happened to my patient? I referred so and so to a specialist six years ago for some particular ailment and he or she, as far as I know, is still there." Sure enough, they were being called back, and their case was being managed as primary care out of the tertiary centre because there was substantial economic benefit in doing so. When we transformed to the alternative funding program, I received calls almost every day from referring physicians saying: "I now recognize Harry once again, who is now my patient, but quit sending me so many."

There is a problem with going to that kind of function, but it is not a bad idea to have hospitals paid basically on the basis of DRG, diagnosis related groups, and the volume related to those, much along the line of what is common in some provinces, and also in the United States. That is a very good idea.

I have a concern about paediatric hospitals, because one of the things we have accomplished, to our great credit, since the introduction of medicare is we have very few sick children. We really do have little need for paediatric hospitals. One of the worst things that can take place — and the data are consistent with that — is that if a given institution does a few of anything then they are not likely to do it very well. You have to produce economies and the quality that derives from scale.

The great concern with paediatric hospitals is that if they become very few in number, as this logic would drive you to, then you would have the displacement of children from their homes, who, if they had to go to hospital, would be away from their families.

The Chairman: You would need a different set of rules for paediatric hospitals because of the nature of their function.

Dr. Sinclair: The nature of their clientele — their patient base.

If you were dealing with heart transplants I would not be as concerned, because if we had one centre for the whole nation, you do have too many and you could go there.

The Chairman: You commented about volume, and I have heard some things anecdotally. The head of the Alberta Medical Association happens to be an orthopaedic surgeon who now only does shoulders.

He said that he is not only better, but he is much more efficient, because all he does is shoulders. Someone asked, "If you needed a bypass, would you rather do it with a doctor who did 10 per year

Le danger est beaucoup moindre dans le cas des hôpitaux, car ceux-ci ne sont pas les contrôleurs de l'accès. Cependant, il faudrait soigneusement prévenir la collusion entre les contrôleurs d'accès à la fonction hospitalière et les hôpitaux eux-mêmes. Je songe particulièrement aux consultations de rappel.

Lorsque j'étais à Queen's, nous avons modifié le mécanisme de rémunération des enseignants cliniciens. Nous avons adopté un modèle de financement autre que la rémunération à l'acte. Auparavant, je recevais fréquemment des appels de médecins référents de la région, de Brighton à Cornwall et Perth, qui me demandaient: «Qu'est-il advenu de mon patient? Je l'ai envoyé à tel spécialiste il y a six ans pour un symptôme donné et, à ma connaissance, il est toujours traité par lui». Effectivement, le spécialiste les rappelait régulièrement et gérait leur cas en tant que soins primaires à partir d'un centre de soins tertiaires, car il y voyait un avantage économique substantiel. Lorsque nous avons changé le mode de rémunération, je recevais des appels presque chaque jour de médecins référents qui me disaient: «Je revois maintenant Harry, qui est maintenant mon patient, mais arrêtez de m'en envoyer autant».

Le passage à ce type de fonctionnement ne va pas sans problème, mais ce n'est pas une mauvaise idée de payer les hôpitaux sur la base de diagnostics repères et des volumes y afférents, comme cela se fait dans certaines provinces et aussi aux États-Unis. C'est une très bonne idée.

J'ai une préoccupation dans le cas des hôpitaux pédiatriques, car l'une des choses que nous avons accomplies, à notre grand crédit, depuis l'introduction de l'assurance-maladie, c'est que nous avons très peu d'enfants malades. Nous avons réellement besoin de peu d'hôpitaux pédiatriques. La pire chose — et toutes les données le prouvent — c'est lorsqu'un établissement donné traite un peu tous les cas, car il est peu susceptible de le faire très bien. Il faut produire des économies d'échelle pour bénéficier de la qualité qui accompagne la spécialisation.

La grande crainte est que si le nombre des hôpitaux pédiatriques diminue, ce à quoi conduit cette logique, alors les enfants devront être traités loin de chez eux.

Le président: Il faudrait un ensemble de règles différent pour les hôpitaux pédiatriques, à cause de leur fonction.

Le Dr Sinclair: De la nature de leur clientèle, de leurs patients.

Cela me préoccuperait moins s'agissant de greffes cardiaques, car leur nombre est peu important et il en suffirait d'un pour tout le pays.

Le président: Vous avez parlé de volume, et j'ai entendu un certain nombre d'anecdotes. Le président de l'Association médicale de l'Alberta se trouve être un chirurgien orthopédiste qui n'opère maintenant plus que sur les épaules.

Il a dit que son travail est ainsi non seulement de meilleure qualité, mais qu'il est aussi plus efficient, car il ne s'occupe plus que des épaules. Quelqu'un a demandé: «Si vous avez besoin d'un or 200 per year?" Experience really does make a difference. Would you verify that on the basis of your own experience?

Dr. Sinclair: Yes.

Senator Morin: In the last issue of *The New England Journal of Medicine*, two articles state that the best indicator for quality of anything is volume, whatever you do, whether it is surgery or a diagnostic procedure. That is in the best medical journal there is, and there were two different papers on the subject.

Dr. Sinclair: The evidence comes out of all other kinds of business and industry as well. One of the productivity changes we have seen has been attributed to the greater specialization of the production function in all kind of businesses. I agree thoroughly with you, but in my opinion, one has to be very careful to ensure that you also take into account the character of the clientele, to put it in those terms. I am particularly concerned about children, who really do need the close support of their families when they are ill.

Senator Morin: They also need quality.

Dr. Sinclair: Yes, and that is a trade-off.

The Chairman: It also refers to the set of incentives used in terms of pricing mechanisms. To get to your other point about quality and volume being related, in one major metropolitan area, for example, you might have one hospital that does all hip and knee replacements. Then you could price things so it would not make sense for any one else to do it because they are so good at doing it in the one place.

Dr. Sinclair: We followed that logic in Ontario. Ontario's commission was a little different than the others in that we had the power of the government to direct hospital restructuring and recommend on everything else.

The Chairman: You were an implementation commission as well as, effectively, a planning commission.

Dr. Sinclair: Yes, for that front end, for the hospital restructuring. We operated on that principle. We left open one of the private hospitals in Ontario, the Shouldice Clinic, primarily because it does such a good job with hernias. It only does hernias, and it does a lot of them, and it does them extraordinarily well.

The Chairman: Are there any other questions on the service-based funding?

Dr. Sinclair: The primary care reform principles that we articulated in Ontario are not just for Ontario. Our report was directed at Ontario, but the principles are the same as for every other province. I do not think we are talking only about Ontario here; we are talking about the country generally.

There are two key things we must do. One of them is primary care reform, and the other one is development for a capacity for health information management. Unless and until we have that, even primary care reform will not tell us anything because we need to have the data and information to evaluate how good or poorly we are doing.

pontage, aimeriez-vous qu'il soit réalisé par un chirurgien qui en effectue dix par an ou 200 par an?» L'expérience fait réellement une différence. Est-ce que votre propre expérience confirme cela?

Le Dr Sinclair: Oui.

Le sénateur Morin: Dans le dernier numéro du New England Journal of Medicine, deux articles affirment que le volume est le meilleur indicateur de la qualité, et ce dans tous les cas, qu'il s'agisse de chirurgie ou de diagnostic. C'est ce qu'affirme la meilleure revue médicale du monde, dans deux articles différents sur le sujet.

Le Dr Sinclair: On en a la preuve dans toutes sortes d'autres activités et également dans l'industrie. Dans toutes sortes d'entreprises on constate des gains de productivité attribuables à la spécialisation. Je suis tout à fait d'accord avec vous, mais à mon sens il importe de prendre également en considération la nature de la clientèle, pour ainsi dire. Je songe particulièrement aux enfants, qui ont réellement besoin de la proximité de leur famille lorsqu'ils sont malades.

Le sénateur Morin: Ils ont aussi besoin de qualité.

Le Dr Sinclair: Oui, et ce sont deux facteurs contradictoires.

Le président: Cela nous ramène également aux incitatifs prenant la forme de la tarification. Si la qualité et le volume vont de pair, dans un grand centre urbain, par exemple, on pourrait avoir un hôpital s'occupant de toutes les opérations sur le col du fémur et le genou et tarifer l'intervention de telle façon qu'aucun autre hôpital ne trouverait intérêt à les pratiquer.

Le Dr Sinclair: Nous avons suivi cette logique en Ontario. La commission ontarienne différait un peu des autres en ce sens qu'elle avait le pouvoir d'imposer la restructuration hospitalière et de faire des recommandations sur tout le reste.

Le président: Vous étiez, à toutes fins pratiques, une commission de mise en oeuvre et non seulement de planification.

Le Dr Sinclair: Oui, au niveau hospitalier. C'est le principe que nous avons suivi. Nous avons conservé un des hôpitaux privés de l'Ontario, la clinique Shouldice, principalement parce qu'elle était tellement bonne pour les hernies. Elle ne s'occupe que d'hernies, elle en fait beaucoup et avec une compétence extraordinaire.

Le président: Y a-t-il d'autres questions sur le financement à l'acte?

Le Dr Sinclair: Les principes de réforme des soins primaires que nous avons énoncés pour l'Ontario ne valent pas que pour cette province. Les principes valent pour toutes les autres provinces. Nous ne parlons pas ici que de l'Ontario, mais du pays en général.

Il existe deux impératifs. L'un est la réforme des soins primaires, et l'autre est la création d'une capacité de gestion de l'information sanitaire. À défaut de cette dernière, même la réforme de soins primaires ne nous apprendra rien car il nous faut des données pour évaluer les résultats.

You are right. Primary care reform is happening very slowly and tentatively in Ontario despite our reports now being some three years old. The pilot projects have been running for six years, but they affect very few people. It is proceeding extremely slowly.

My view is that this is primarily because of the anchors that have been provided to the primary health network. These anchors are in the form of the framework agreements that were negotiated between the government and the Ontario Medical Association. Those agreements make it absolutely clear that primary care reform must continue to be entirely doctor centric and that it is not possible for the implementation committee to operate under the kind of rules we thought necessary to achieve primary care reform quickly.

The Chairman: What do you mean by "doctor centric"?

Dr. Sinclair: The network chaired by Ruth Wilson has no money or authority to provide funding for nurse practitioners, for example, nor for the purchase of existing physical facilities, nor for the construction of new physical facilities. It really is focused almost entirely on physician recompense.

The Chairman: Are you saying that the issue of primary care reform, its success or failure, has been put in the hands of the current practitioners to call the shots?

Dr. Sinclair: No, it is put in the hands of the Ontario Medical Association, which negotiated with the government the two fundamental framework agreements within which Ruth Wilson and her colleagues could operate, and they apply to urban physicians and rural physicians. They do not apply across the spectrum of primary care reform.

One of the fundamental things about primary care reform is that we did not refer to it as family medicine reform. We referred to it as primary health care reform, which incorporates a lot more people and skills than physicians alone. The reform effort in Ontario is going so very slowly because it has been restricted to a focus on physicians, excluding the necessary parallel focus on other health professionals.

The Chairman: How could we do that? Forget about Ontario for a moment. If we were to suggest something to a province that is just embarking on this, what are the two or three things that you would tell them to do or not do to avoid the problem?

Dr. Sinclair: If I were the federal government, I would not tell them how to do anything. If we are going to get from where we are to where we want to go, we will need full and enthusiastic federal-provincial partnership in this business.

The Chairman: I meant, "suggest" rather than "tell." What would you suggest to them?

Dr. Sinclair: Primary care reform must focus on the spectrum of health professionals who must be involved in this provision. This includes physicians, nurses and nurse practitioners — of whom we do not have nearly enough to provide services —

Vous avez raison. La réforme des soins primaires en Ontario est très lente à venir bien que nos rapports remontent maintenant à trois ans. Des projets pilotes sont en cours depuis six ans mais ils touchent peu de gens. Les choses avancent avec une lenteur extrême.

À mon avis, cela est dû principalement aux ancrages du réseau de santé primaire. Ces ancrages prennent la forme d'accordscadres négociés entre le gouvernement et l'Ontario Medical Association. Ces accords stipulent expressément que la réforme des soins primaires doit continuer à être entièrement axée sur les médecins et que le comité de mise en oeuvre ne peut appliquer le genre de règles que nous estimions indispensable à une réforme rapide des soins primaires.

Le président: Qu'entendez-vous par «axée sur les médecins»?

Le Dr Sinclair: Le réseau, présidé par Ruth Wilson, n'a ni les fonds ni le pouvoir de financer des infirmières praticiennes, par exemple, ni d'acheter des établissements existants, ni de construire de nouveaux établissements. Son rôle est presque exclusivement centré sur la rémunération des médecins.

Le président: Dites-vous que la réforme des soins primaires, sa réussite ou son échec, a été placée entièrement aux mains des praticiens actuels?

Le Dr Sinclair: Non, elle était placée aux mains de l'Ontario Medical Association, qui a négocié avec le gouvernement les deux accords-cadres fondamentaux à l'intérieur desquels Ruth Wilson et ses collègues peuvent travailler, et ils s'appliquent aussi bien aux médecins urbains que ruraux. Ils ne s'appliquent pas à l'échelle de toute la réforme des soins primaires.

Justement, nous avons évité d'appeler la réforme des soins primaires «réforme de la médecine familiale». Nous l'avons appelée «réforme des soins primaires», ce qui englobe beaucoup plus de gens et de compétence que les seuls médecins. L'effort de réforme en Ontario avance très lentement car il a été limité aux médecins, à l'exclusion des autres professions de la santé.

Le président: Comment faudrait-il procéder? Oublions l'Ontario pour le moment. Si nous devions conseiller une province qui entame tout juste cette tâche, quelles sont les deux ou trois choses que vous lui conseilleriez de faire ou de ne pas faire pour éviter le problème?

Le Dr Sinclair: Si j'étais le gouvernement fédéral, j'éviterais absolument de leur dire quoi que ce soit. Si nous voulons opérer les changements qui s'imposent, nous aurons besoin d'un partenariat fédéral-provincial enthousiaste et sans réserve.

Le président: Je ne voulais pas dire «imposer» mais «conseiller». Que lui conseilleriez-vous?

Le Dr Sinclair: La réforme des soins primaires doit couvrir tout l'éventail des professions médicales intervenant dans les soins. Cela englobe donc les médecins, les infirmières et infirmières praticiennes — dont nous avons une grande pénurie — les

pharmacists, occupational therapists, physical therapists, dieticians and clinical psychologists. Primary health care is a much bigger thing than medical, and that is absolutely key.

Physicians now are involved in the provision of a range of services that precludes their utilizing their very long training and experience to the full. Many are not now providing anything close to comprehensive care. A relatively shrinking numbers of physicians are providing primary care obstetrics, for example. This has been referred to obstetricians for a very long period of time. Many provide for counselling, and frankly, having been a medical educator, we do not equip our medical graduates as counsellors very well. Many other health professionals are better qualified at that, including nurses.

The Chairman: Why do they do that?

Dr. Sinclair: It is easy work. Many physicians who, as recent graduates, do not start up practice for many years; they spend the time working in walk-in clinics and providing services at regular time intervals. If you can schedule your work from 9 to 5 or 8 to 4 and not see anyone who is sick, that is easy.

Senator Pépin: You said it has to be teamwork. Your approach is similar to the report of Mr. Clair in Quebec. He said that everyone has to work as a team. Listening to you, I am hearing the same thing.

Dr. Sinclair: Michel Clair and I have been on several platforms together, including just last week in Montreal. It was a waste of money, because you get the same opinion from both of us. Only spend your money on one.

Senator Fairbairn: I would like to go back to your comments on waiting lists because we certainly hear a great deal about waiting lists. Who would you suggest should set out the well-understood criteria?

Dr. Sinclair: Those who provide the service should do that. They are the experts and when they get together, locked in a room, they will develop the criteria just as it happened with cardiac care in Ontario. We had waiting list problems, and one of the solutions was to bring the consultant cardiologists and the cardiac surgeons together and ask them to develop the rank order of criteria that should be applied to produce a disciplined waiting list. They came up with that information and soon, the list was categorized into three bundles: urgent, necessary and can wait for a while. Within those three categories, definitive criteria were established and the waiting list disappeared.

Senator Fairbairn: Those criteria would govern the suggestion of the physician who is, for example, ordering an MRI?

Dr. Sinclair: Yes.

Senator Fairbairn: Would there be criteria that could override the physician's sense of urgency for the patient to have that MRI.

Dr. Sinclair: Yes, but the criteria "would" override.

pharmaciens, les thérapeutes occupationnels, les physiothérapeutes, les diététiciens et les psychologues cliniciens. Les soins primaires débordent largement du seul domaine médical, et c'est là la clé.

Les médecins s'occupent aujourd'hui de tout un éventail de services pour lesquels ils ne mettent pas pleinement à profit leur longue formation et expérience. Beaucoup d'entre eux sont loin d'offrir des soins complets. Un nombre de médecins en baisse fournit des soins primaires obstétriques, par exemple. Cela fait longtemps que tous ces cas sont renvoyés aux obstétriciens. Beaucoup assurent le counselling, et franchement, ayant été professeur de médecine, je sais que nous n'équipons pas nos étudiants en médecine sur le plan du conseil. Beaucoup d'autres professionnels de la santé sont mieux qualifiés pour cela, dont les infirmières.

Le président: Pourquoi font-ils ce travail?

Le Dr Sinclair: C'est un travail facile. Beaucoup de médecins fraîchement diplômés attendent des années avant d'ouvrir un cabinet; ils passent leur temps dans des cliniques de consultation sans rendez-vous et travaillent à heures fixes. Si vous pouvez organiser votre journée de travail de 9 h à 5 h ou de 8 h à 4 h et ne pas voir de malades, c'est facile.

Le sénateur Pépin: Vous avez dit qu'il faut un travail d'équipe. Votre approche est similaire à celle du rapport de M. Clair au Québec. Il dit que tout le monde doit travailler en équipe. En vous écoutant, je me dis que le message est le même.

Le Dr Sinclair: Michel Clair et moi-même avons été côte à côte sur plusieurs tribunes, et encore la semaine dernière à Montréal. C'est un gaspillage d'argent, car lui et moi formulons les mêmes opinions. Contentez-vous de l'un de nous deux, vous ferez des économies.

Le sénateur Fairbairn: J'aimèrais revenir à la question des listes d'attente car on en parle énormément. Qui devrait établir ces fameux critères?

Le Dr Sinclair: Ceux qui fournissent le service. Ce sont eux les experts et lorsqu'ils sont réunis, enfermés dans une salle, ils vont élaborer les critères, comme cela a été le cas avec les soins cardiaques en Ontario. Nous avions des problèmes de listes d'attente et l'une des solutions a été de rassembler les cardiologues consultants et les chirurgiens cardiaques pour qu'ils déterminent l'ordre des priorités à appliquer pour obtenir une liste d'attente disciplinée. Il ne le leur a pas fallu longtemps pour définir trois types de cas: urgent, nécessaire et peut attendre un moment. À l'intérieur de ces trois catégories, des critères clairs ont été établis et la liste d'attente a disparu.

Le sénateur Fairbairn: Ces critères régiraient la prescription du médecin qui, par exemple, ordonne un IMR?

Le Dr Sinclair: Oui.

Le sénateur Fairbairn: Y aurait-il des critères qui pourraient prendre le pas sur l'appréciation de l'urgence d'un IMR donnée par le médecin?

Le Dr Sinclair: Oui, le critère l'emporterait.

The Chairman: Dr. Sinclair, the system you describe is a cardiac care network in Ontario whose members collaborated and developed the criteria, which resulted, in large measure, in the elimination of the biggest waiting list problems. Is that correct?

Dr. Sinclair: Yes. When the Cardiac Care Network said they had a waiting list problem, they said it with such credibility that the government quickly invested in new capacity.

The Chairman: My question is self-evident. Everyone points to that as not only the best illustrative example of waiting line management but as the only illustrative example. It works well, and that seems to be acknowledged by people inside and outside of the profession, so why has this not become common practice?

Dr. Sinclair: The criteria interfere with the professional judgment of the individual about the urgency of need. They have created a very disciplined waiting list that is much like a clinical guideline, in fact. It represents a collective opinion of the best experts and there will always be people who do not agree with it. We have operated in a system where we respect the judgment of the individual physician very highly, and so we should respect the physician. However, in this case we decided collectively that we would apply collective judgment that would override individual judgment.

Senator Morin: Cardiac care and cardiac surgery are different from any other medical situation. Those waiting lists throughout the country are well-managed.

Senator Pépin: If we discuss cancer cases, there are two issues to be considered: the cancer cases themselves and the available beds for cancer patients. In my province, they reduce the number of beds available for two or three months during the summers. I agree that people are competent enough to know whether it is urgent or it can wait. However, on the other hand, it becomes necessary to send some of our cancer cases to the United States for treatment. If they reduce the number of available beds, then they have to work in collaboration with the directors of the hospitals to determine who should be treated where. The number of available beds is important for those cases.

Dr. Sinclair: The point I am making, senator, is that regardless of the resource — a bed in a cancer ward, radiotherapy, chemotherapy or cardiac care — it has to be rationed. It is a fact of life that we have to ration everything. There will not be open-ended access to everything. Fairness demands that the rationing device to determine who receives access first, second or third, should be disciplined by collective and good judgment about the criteria that should apply. I do not agree that cardiac surgery is different from all other kinds of treatment. In fact, I believe that it is illustrative of every procedure.

Senator Pépin: I have to admit that I like to be rational, but we have to work together with what is available to us. However, it has been shown that there have been urgent cases of cancer requiring radiotherapy and they could not provide that service. That is why the patients were sent to the United States. If we want

Le président: Docteur Sinclair, le système que vous décrivez est un réseau de soins cardiaques en Ontario dont les membres ont collaboré et élaboré les critères, ce qui a permis dans une large mesure d'éliminer les plus longues listes d'attente. Est-ce exact?

Le Dr Sinclair: Oui. Lorsque le réseau de soins cardiaques a dit qu'il y avait un problème de liste d'attente, sa crédibilité était telle que le gouvernement a rapidement investi dans une capacité nouvelle.

Le président: Cela rend ma question évidente: Tout le monde s'accorde à dire que c'est le meilleur exemple de gestion de file d'attente, en fait le seul exemple. Cela marche bien et tout le monde, à l'intérieur et en dehors de la profession s'accorde à le dire. Dans ces conditions, pourquoi cela n'est-il pas la pratique courante?

Le Dr Sinclair: Les critères empiètent sur le jugement professionnel des médecins quant à l'urgence. Ils ont créé une liste d'attente très disciplinée qui est très similaire, dans la pratique, à une ligne directrice clinique. Les critères représentent l'opinion collective des meilleurs experts et il y en aura toujours qui ne seront pas d'accord. Nous avons l'habitude d'un système où l'on respecte hautement le jugement du médecin individuel, mais en l'occurrence nous avons décidé collectivement d'appliquer le jugement collectif et que celui-ci prendrait le pas sur le jugement individuel.

Le sénateur Morin: Les soins cardiaques et la chirurgie cardiaque forment une catégorie à part. Ces listes d'attente dans le pays sont bien gérées.

Le sénateur Pépin: Dans le cas du cancer, deux éléments sont à considérer. Les cas de cancer eux-mêmes et le nombre de lits disponibles pour ces patients. Dans ma province, on réduit le nombre de lits disponibles pendant les deux ou trois mois d'été. J'admets que les médecins sont suffisamment compétents pour savoir si un cas est urgent ou peut attendre. Cependant, il devient nécessaire d'envoyer certains de nos malades du cancer aux États-Unis pour être traités. S'ils réduisent le nombre de lits disponibles, alors ils doivent collaborer avec les directeurs d'hôpitaux pour déterminer qui va être traité où. Le nombre de lits disponibles est important dans ce cas.

Le Dr Sinclair: Ce que je fais ressortir, sénatrice, est qu'indépendamment de la ressource — un lit, une radiothérapie, une chimiothérapie ou des soins cardiaques — le rationnement est inévitable. Il est inévitable de devoir rationner. Il n'y aura de libre accès à rien. L'équité exige que le rationnement, c'est-à-dire l'accès en première, deuxième ou troisième priorité, soit discipliné au moyen de critères élaborés par un jugement collectif et compétent. Je ne suis pas d'accord pour dire que la chirurgie cardiaque diffère de toutes les autres sortes de traitement. En fait, je pense qu'elle est une illustration de toutes les procédures.

Le sénateur Pépin: J'admets que j'aime être rationnelle, mais il faut travailler avec ce dont nous disposons. Mais il est arrivé que des cas urgents de cancer exigent une radiothérapie et que l'on ne puisse fournir ce service. C'est pourquoi on a dû envoyer des patients aux États-Unis. Si nous voulons traiter les malades ici au

to keep our people in Canada for treatment and we want to work to establish a good system, then I agree that the only way to accomplish change is to have people learn to adapt. On the other hand, I am still struggling with that.

Dr. Sinclair: Senator Pépin, we do not know. I agree it is absolutely clear that there are people with very urgent needs who have been sent to the United States or to other provinces. We do not know the relative urgency of the need of those people who are already occupying the beds or time on the radio therapy machine, et cetera. Are the very urgent cases gaining the priority that they need to avoid the necessity of travelling to the United States, for example? We do not have that knowledge.

Now, the cancer groups are trying to generate that knowledge, but we are still walking along like babes in the woods. The Canadian Institute for Health Information, CIHI, estimated that we spent, in total across Canada last year, \$108 billion on health and health care. Yet, we are operating this so-called system on the basis of an information system that would be considered seriously deficient by an owner of an ordinary corner store. We just do not know what we are doing because we have no measure of benefit whatsoever.

We have no records about the total number of interactions that occur between consumers and producers of health care. We have reasonable records for hospitals, but we have no collective records for any of the other areas. The homecare records, for example, are completely incompatible — where they exist — with hospital records. Who knows what the range of record systems is in physicians' offices? Before I would spend much money to resolve a waiting list problem, I would first want the data so that I could know if I have a problem.

We certainly have the manifestation of a problem that some individuals who require services urgently are waiting too long. However, we do not know why they are waiting too long. Are there people with less urgent needs ahead of them in the line? We do not know the answers.

The Chairman: That is why you place great emphasis on information systems, and I presume patient records constitute part of that.

Dr. Sinclair: Yes, that is part of it.

The Chairman: It is only a small piece of it.

Dr. Sinclair: The information system is not a technology issue, as you pointed out well in your report. It is a discipline and management issue. Ask any businessperson what his or her most precious resource is and they will tell you that it is information about the interaction of their business or industry with their customers. We do not have any of that. We have no mechanisms in place even to identify our customers or our providers.

Canada et établir un bon système, je reconnais que le seul moyen d'effectuer un changement est que les gens apprennent à s'adapter. Néanmoins, j'ai du mal à l'accepter.

Le Dr Sinclair: Sénateur Pépin, nous ne savons pas. Il est tout à fait vrai que des patients ayant des besoins urgents ont été envoyés aux États-Unis ou dans d'autres provinces. Mais nous ne connaissons pas l'urgence relative des soins des patients qui occupaient déjà les lits ou la machine de radiothérapie à ce moment-là, etc. Les cas très urgents reçoivent-ils la priorité voulue pour éviter le voyage aux États-Unis, par exemple? Nous ne le savons pas.

Les groupes travaillant sur le cancer cherchent à générer cette connaissance, mais nous n'en sommes encore qu'au tout début. L'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS, estime que nous avons dépensé à l'échelle nationale 108 milliards de dollars pour la santé l'an dernier. Or, nous gérons ce soi-disant système sur la base d'un système d'information que le propriétaire de l'épicerie du coin jugerait sérieusement déficient. Nous ne savons tout simplement pas ce que nous faisons car nous n'avons aucune mesure du tout du bénéfice.

Nous n'avons aucune donnée sur le nombre total d'interactions qui interviennent entre les consommateurs et producteurs de soins. Nous avons des chiffres raisonnables pour les hôpitaux, mais aucune donnée globale pour aucun autre domaine. Les données touchant les soins à domicile, par exemple, sont totalement incompatibles — lorsqu'elles existent — avec les données hospitalières. Qui sait quel est l'éventail des systèmes de comptabilité dans les cabinets des médecins? Avant de dépenser des montants conséquents pour résoudre un problème de liste d'attente, j'aimerais d'abord avoir les données pour être sûr qu'il existe un problème.

Nous avons certainement la manifestation d'un problème en ce sens que certains patients qui ont besoin de services urgents attendent trop longtemps. Cependant, nous ne savons pas pourquoi ils attendent trop longtemps. Est-ce que d'autres malades ayant des besoins moins urgents sont devant eux dans la file d'attente? Nous ne le savons pas.

Le président: C'est pourquoi vous mettez tellement l'accent sur les systèmes d'information et je suppose que les dossiers de patient en sont un élément.

Le Dr Sinclair: Oui, ils sont un élément.

Le président: Mais seulement un petit élément.

Le Dr Sinclair: Le système d'information n'est pas un problème technologique, comme vous l'avez bien signalé dans votre rapport. C'est une question de discipline de gestion. Demandez à n'importe quel homme d'affaires quelle est sa ressource la plus précieuse et il vous dira que c'est l'information sur l'interaction entre son entreprise ou industrie et la clientèle. Nous n'avons rien de cela. Nous n'avons aucun mécanisme même pour identifier nos clients ou nos fournisseurs.

The Chairman: How much of that is because we do not think of them as customers? The mentality is not one of customer service; the mentality is one of looking after the patient because the patient is sick, but not that the customer's view ought to be taken into account.

Dr. Sinclair: The system we are trying to build is concerned about patients, but it is also concerned about people who are not patients. As one wag put it, "We are concerned about a prospective patient seeking to avoid becoming the real thing." If we move to capitation funding, we then put the focus of the health services system on the people, some of whom will be patients and some of whom will not be patients.

Senator Roche: Thank you for your testimony, Dr. Sinclair. We are embarking today on volume 6, dealing with financial recommendations. I was struck by your opening comment that we should be careful about the emphasis we put on money alone being the solution and tying that to restructuring needs.

Can we recommend that a certain amount of money is needed in the health care system before having restructuring implemented? Do we first restructure and then get the money needed for the restructured health care system or do we put the money in and try to restructure at the same time?

Dr. Sinclair: I do not believe that we will be able to get change — much less productive change — in our so-called system without paying for it. In other words, the restructuring itself will cost a substantial sum of money.

With regard to financing for the restructured system, none of us knows what an effectively restructured system that operates efficiently would cost. We have to leave the question of what such a system would cost until we know that, and we will not know that until we have restructured. It is a chicken and egg situation.

I would focus attention almost entirely on the cost of restructuring, which will cost a substantial amount of money. It will also require a change in the way in which the provincial and federal governments work together. I believe entirely what you have said in your report. The majority of Canadians are looking for leadership on this. They are looking to the federal government and also to the provincial governments. Given the nature of Canada, the federal and provincial levels have to solve this together. Unfortunately, solving the issue of federal-provincial tension may be a greater problem than finding additional money.

Another cost of change will be that some of the vested interests will not like it because they will have to share the hilltop with others, and some of them may slip off the hilltop. People do not like that. It is not only what they earn; it is their status, power and all of those things.

In addition to health care, primary health care includes nursing, occupational therapy, clinical psychology and so on. Therefore, the role of team captain will have to be shared, and Le président: Dans quelle mesure cela est-il dû au fait que nous ne les concevons pas comme des clients? La mentalité n'en est pas une de service à la clientèle, mais de s'occuper d'un patient parce qu'il est malade, mais sans que l'on tienne compte de l'opinion du client.

Le Dr Sinclair: Le système que nous essayons d'édifier se préoccupe des patients, mais aussi des personnes qui ne sont pas des patients. Comme l'a dit un blagueur: «Nous nous soucions d'un patient potentiel pour éviter qu'il n'en devienne un vrai». Si nous passons au financement par capitation, nous pourrons axer le système de services de santé sur les individus, dont certains seront des patients et d'autres n'en seront pas.

Le sénateur Roche: Merci de votre témoignage, docteur Sinclair. Nous nous embarquons aujourd'hui dans le volume 6, qui contiendra les recommandations financières. J'ai été frappé par votre déclaration liminaire, lorsque vous avez dit qu'il faut se garder de considérer l'argent comme seule solution, qu'il faut aussi une restructuration.

Pouvons-nous recommander l'injection d'un certain montant d'argent dans le système de santé avant que la restructuration soit effectuée? Faut-il d'abord restructurer et ensuite trouver l'argent pour le système de santé restructuré, ou bien peut-on investir et restructurer en même temps?

Le Dr Sinclair: Je ne pense pas que l'on puisse opérer un changement — et encore moins un changement productif — dans notre soi-disant système sans que cela ne coûte. Autrement dit, la restructuration elle-même coûtera des montants substantiels.

En ce qui concerne le financement du système restructuré, nul ne sait combien coûterait un système bien restructuré fonctionnant efficacement. Nous ne le savons pas et nous ne le saurons pas tant que nous n'aurons pas restructuré. C'est un peu la situation de la poule et de l'oeuf.

Pour ma part, je concentrerais l'attention presque entièrement sur le coût de la restructuration, qui sera considérable. Il faudra pour cela également modifier la manière dont les gouvernements provinciaux et fédéral collaborent. Je souscris pleinement à ce que vous avez dit dans votre rapport. La majorité des Canadiens attendent des pouvoirs publics qu'ils fassent preuve d'initiative. Ils se tournent vers le gouvernement fédéral, mais aussi les gouvernements provinciaux. Étant donné la nature du Canada, les paliers fédéral et provincial vont devoir régler cela ensemble. Malheureusement, il sera peut-être plus difficile de surmonter les tensions fédérales-provinciales que de trouver des fonds supplémentaires.

Un autre coût du changement sera que certains des intérêts acquis ne seront pas ravis car ils vont devoir s'entasser sur le sommet de la montagne avec d'autres et certains risquent de dégringoler la pente. Les gens n'aiment pas cela. Il n'y a pas que leur rémunération en jeu, mais aussi leur prestige, leur pouvoir et toutes ces choses.

En sus des soins médicaux, les soins primaires englobent le travail infirmier, la thérapie occupationnelle, la psychologie clinique, et cetera. Par conséquent, le rôle du capitaine d'équipe some people will not like it. Many changes will have to be made and not everyone is amenable to that, although a little money often helps.

Senator Roche: This issue is unclear in my mind. You said a couple of times that a substantial amount of money is needed and that the restructuring process itself will take money. Our schedule mandates that we produce a report making recommendations for the expenditure of money.

Can you say in general terms how much will be required for the restructuring process itself? A restructured process would require a certain amount of money to maintain it with the values of the Canada Health Act intact. I believe that the Canadian government is injecting \$27 billion over the next five years. Will that be enough?

Dr. Sinclair: Let us say that in round figures, including both private money and public money, we spend \$100 billion a year on health care services in Canada, although that is a slightly low estimate. Approximately 70 per cent of that is public money. We do not want the share of private money to grow. Frankly, it does not matter much whether it comes from public money or private money; it comes out of the gross domestic product, out of the pockets of all Canadians. We know that it is more efficient to take the money from the public pocket, because we then have one insurance company. This allows for government efficiency, which may be a big allowance.

Using the figure of \$100 billion per year, public funding is about \$70 million. Let us estimate that the cost of change — the price of restructuring — will be approximately 10 per cent of that, or \$7 billion a year. I suggest that it will be necessary to secure federal-provincial collaboration and that those costs should be shared evenly — that is, \$3.5 billion from each level.

That is back-of-the-envelope thinking, but I do not think it is off the wall. In fact, you may want to front-end load that a bit. Perhaps in the first couple of years, the federal government would contribute \$5 billion because a particular concentration of that money needs to go into the development — as rapidly as can be done — of a capacity for health information management.

The Chairman: That is capital intensive.

Dr. Sinclair: Yes.

Senator Roche: Thank you for that. Suppose the federal government put in \$3.5 billion and the provinces do the same, then we would have a system that is restructured.

Dr. Sinclair: If you did that for 10 years, you would have a restructured system.

Senator Roche: This has to go on for 10 years?

Dr. Sinclair: I would think for 10 years.

devra être partagé avec d'autres et certains n'aimeront pas cela. Beaucoup de changements devront être apportés et tout le monde n'est pas ouvert au changement, même si un peu d'argent aide parfois à surmonter les réticences.

Le sénateur Roche: Cette question n'est pas claire dans mon esprit. Vous avez dit à plusieurs reprises qu'il faudra des montants considérables et que la restructuration elle-même coûtera cher. Notre mandat nous impose de produire un rapport formulant des recommandations de dépenses.

Pouvez-vous nous dire en gros combien le processus de restructuration lui-même coûtera? Une restructuration gardant intacts les principes de la Loi canadienne sur la santé exigera un certain montant. Je crois que le gouvernement fédéral injectera 27 milliards de dollars sur les cinq prochaines années. Cela va-t-il suffire?

Le Dr Sinclair: En chiffres ronds, nous dépensons 100 milliards de dollars par an pour les services de santé au Canada, de source tant privée que publique, et encore ce chiffre est légèrement sous-estimé. Environ 70 p. 100 de ce montant est de l'argent public. Nous ne voulons pas que la part des fonds privés augmente. Franchement, peu importe d'où provient l'argent, il est forcément prélevé sur le produit intérieur brut, dans la poche de tous les Canadiens. Nous savons qu'il est plus efficient de prendre l'argent dans la poche publique, car nous n'aurons alors qu'une seule compagnie d'assurance, ce qui améliore le rendement, peut-être de façon importante.

Prenons le chiffre de 100 milliards de dollars par an, dont 70 milliards proviennent des pouvoirs publics. Disons que le coût du changement, le prix de la restructuration, sera d'environ 10 p. 100 de cette somme, soit 7 milliards de dollars par an. Je considère qu'il faudra une collaboration fédérale-provinciale et que ce coût devrait être partagé également entre chaque niveau, soit 3,5 milliards de dollars pour chacun.

Ce sont là des estimations très rudimentaires, mais je ne pense pas qu'elles soient loin de la réalité. En fait, il faudrait peut-être en mettre un peu plus au début. Peut-être le gouvernement fédéral devrait-il contribuer les premières années 5 milliards de dollars car une bonne partie devra être consacrée, dans les meilleurs délais possibles, à la création d'un système d'information sanitaire.

Le président: Lequel exige de lourds investissements.

Le Dr Sinclair: Oui.

Le sénateur Roche: Merci de cette réponse. Supposons que le gouvernement fédéral contribue 3,5 milliards de dollars et les provinces autant, nous aurons alors un système restructuré.

Le Dr Sinclair: Si vous le faites pendant dix ans, vous aurez un système restructuré.

Le sénateur Roche: Il faudra payer pendant dix ans?

Le Dr Sinclair: Je le crains.

Senator Roche: That is interesting. At the end of a certain period of time, we would then have a restructured health care system that would be reasonably adequate in meeting primary health care needs and the other things we have talked about.

If the system is costing \$100 billion now, and even when you allow for inflation, would a restructured system mean that we could spend less money on health care, because it has been restructured and more efficiency has been built into the system? If my thesis is correct, allowing for inflation and population growth, instead of the \$100 billion jumping each year, it might hold or be slightly less as a result of efficiencies brought about by a restructured system. The money put into restructuring would be returned at the other end of the pipeline. Does that make sense to you?

Dr. Sinclair: Yes. Again, none of us has the information to know. My conviction is, on the best evidence I can muster, that if we had a genuine system that was structured and operated efficiently, we are spending enough of the gross domestic product on health care services to optimize the health of the population. It would not, in the long run, cost more money.

There would be a bump in between. I think it would take 10 years. My caution is, do not put that into general revenue but into a restructuring fund, or something similar, and put it in the hands of someone who will provide consistent governance of that restructuring fund over a period of however long it takes. It cannot be subject to the whims of the moment. It has to be a very focused long-range attention on restructuring the system. The range must exceed the range of the normal political focus of four years maximum.

Senator Roche: Finally, is it correct then to say that restructuring and money go together?

Dr. Sinclair: Yes. It is the price of change.

Senator Roche: You said 50-50 in the restructuring. In your view, would it be realistic for us to try to persuade the government to take those numbers, 50-50?

Dr. Sinclair: That is where I would start. I might even go beyond that. Given the provinces are, in the main, genuinely strapped, I would ask the federal government to create a technology fund like the old health resources fund. I would work at investment in such things as MRIs, CTs and radiotherapy machines for the next 10 years.

I might go so far as to say let us offload from the provinces the price of providing the population with better access to prescription drugs and create a kind of national pharmacare program. It is a tough problem for every province to deal with, and I think you might get agreement. That would enable the provincial and federal governments to make the investments and changes. I appreciate that those things are easier said than done, but I would have a go at it.

Le sénateur Roche: C'est intéressant. Au bout d'un certain temps, nous aurons alors un système de santé restructuré qui permettra de satisfaire raisonnablement les besoins de soins primaires et les autres choses dont nous avons parlées.

Si le système coûte 100 milliards de dollars aujourd'hui, et même en tenant compte de l'inflation, est-ce qu'un système restructuré signifiera que nous pourrons dépenser moins pour la santé, du fait qu'il y aura eu cette restructuration et que le système sera plus efficient? Si ma thèse est juste, en tenant compte de l'inflation et de la croissance démographique, au lieu de dépenser 100 milliards de dollars chaque année, ce pourrait être stable ou légèrement moins grâce aux économies introduites par la restructuration. L'argent consacré à la restructuration pourra être récupéré à l'autre bout du pipeline. Cela vous paraît-il rationnel?

Le Dr Sinclair: Oui. Encore une fois, nul d'entre nous ne possède l'information. Ma conviction, d'après les meilleures indications que je puis réunir, est que si nous avions un système véritablement restructuré et efficient, la part actuelle du produit intérieur brut consacrée à la santé suffirait pour optimiser la santé de la population. À long terme, cela ne coûterait pas plus.

Mais entre les deux, il y aura une flambée des dépenses. Il faudra dix ans, à mon avis. Je mets cependant en garde: cet argent ne devra pas être versé aux recettes générales mais dans un fonds de restructuration, ou quelque chose de similaire, et confié à quelqu'un qui gérera de façon rationnelle ce fonds de restructuration pendant tout le temps qu'il faut. On ne peut s'en remettre aux aléas du moment. Il faut prêter une attention très concentrée et à long terme sur la restructuration du système. L'horizon doit être plus long que l'horizon politique normal de quatre ans maximum.

Le sénateur Roche: Pour finir, est-il juste de dire que la restructuration et l'argent vont de pair?

Le Dr Sinclair: Oui. C'est le prix du changement.

Le sénateur Roche: Vous proposez de partager la restructuration moitié-moitié. À votre avis, est-il réaliste que nous cherchions à persuader le gouvernement d'appliquer ces chiffres, 50-50?

Le Dr Sinclair: Je commencerais par là. J'irais peut-être même plus loin. Étant donné que les provinces, dans l'ensemble, sont véritablement à court d'argent, je demanderais au gouvernement fédéral de créer un fonds technologique à la manière de l'ancien Fonds des ressources pour la santé. Il investirait dans des équipements tels que machines IRM, scanners et machines de radiothérapie pendant les dix prochaines années.

J'irais jusqu'à préconiser de décharger les provinces du prix des médicaments en créant une sorte de programme national d'assurance-médicaments. Les médicaments sont un problème difficile pour toutes les provinces et je pense que vous obtiendriez leur accord. Cela permettrait aux gouvernements provinciaux et fédéral de faire les investissements et d'opérer les changements. Je sais bien que tout cela est plus facile à dire qu'à faire, mais j'essaierais néanmoins.

Senator Cook: Thank you for your wisdom. I live in Newfoundland, where there is one tertiary care hospital. In the early 1990s, we reduced five physical sites to one hospital with two sites. If memory serves correctly, at that time the deficit at the main tertiary care hospital was about \$1 million. Recently I read an article that says it is \$11 million. Perhaps the figure of 10 per cent is close.

If today their wish list was granted, are they at the point where the change is complete and they can move on to be self-governing or self-supporting?

Dr. Sinclair: I am not particularly familiar with the circumstances in Newfoundland, but I would ask Sister Elizabeth Davis and she will be able to tell you whether they are or not.

I come back to a comparison with other businesses and industries, where the principle of economy of scale applies and the principle of higher quality deriving from a scale of operation also applies, as Senator Morin has pointed out, from the recent articles in *The New England Journal*. We must be able to achieve the same things from not only hospitals but also provision of other kinds of care throughout the whole health services system. To a degree, that is also what primary care reform is about.

I cannot imagine circumstances, in a municipality such as St. John's where access to services is not really an issue, where a consolidated enterprise cannot operate more efficiently and cost-effectively than the institution separately.

Senator Cook: At the time, the sister gave five years. In that time, she felt the change would be complete and we could move

On a different area, are you saying that we need to look at the gatekeeper of the system, the physician, in order to bring about meaningful change?

Dr. Sinclair: Yes. I am not particularly concerned who they are, but I think it needs to be gatekeepers other than physicians. We need to have in place incentives so they actually keep the gate instead of waving everyone through.

The Chairman: The gatekeeper needs to be a screen as well.

Dr. Sinclair: Absolutely. There are those who will say that is contrary to the role of a physician, which is to seek to optimize the care of his or her patient. In that case, the gatekeeping function is inimical to that.

The Chairman: If it is not the physician, who is it?

Dr. Sinclair: That is a very good question. I believe that physicians and nurse practitioners and nurses, those providers to whom people come for primary judgment whether or not they need care, and if so, what care, have to accept the responsibility of being both advocates for their patients and effective gatekeepers for the system. Otherwise, we run the risk of replicating the worst of the American HMO system where you have what amounts to

Le sénateur Cook: Merci de votre sagesse. Je vis à Terre-Neuve, où il existe un seul hôpital de soins tertiaires. Au début des années 90, nous avons concentré cinq sites en un seul hôpital avec deux sites. Si ma mémoire est bonne, à l'époque le déficit du principal hôpital de soins tertiaires était d'environ 1 million de dollars. J'ai lu récemment un article disant que le déficit est maintenant de 11 millions. Peut-être le chiffre de 10 p. 100 est-il proche de la réalité.

Si on lui en donnait le choix, cet hôpital serait-il maintenant au stade où le changement est terminé et où il peut s'auto-administrer et se suffire à lui-même?

Le Dr Sinclair: Je connais mal la situation à Terre-Neuve, mais posez donc la question à Soeur Elizabeth Davis et elle pourra vous dire si c'est le cas ou non.

Je reviens à la comparaison avec d'autres entreprises et industries, où le principe des économies d'échelle s'applique, de même que le principe de la qualité supérieure produite par les gros volumes, comme le sénateur Morin l'a fait valoir sur la foi de récents articles dans le *New England Journal*. Nous devons réaliser les mêmes gains, non seulement au niveau des hôpitaux mais aussi de la fourniture d'autres types de soins à l'échelle de tout le système des services de santé. Dans une certaine mesure, c'est également là l'objectif de la réforme des soins primaires.

Je ne puis imaginer des circonstances, dans une municipalité comme St. John's où l'accès aux services n'est pas réellement un problème, qui feraient qu'une entreprise consolidée ne pourrait fonctionner de manière plus efficiente et rentable que plusieurs établissements séparés.

Le sénateur Cook: À l'époque, soeur Davis parlait de cinq ans. Elle estimait que la restructuration serait parachevée dans ce délai.

Sur un sujet différent, dites-vous qu'il faut revoir le rôle du gardien de l'accès au système, le médecin, pour opérer un changement réel?

Le Dr Sinclair: Oui. Peu m'importe qui garde l'accès, mais ce ne doit pas être le médecin. Il faut mettre en place des incitations telles que le gardien de la porte d'entrée n'ait pas intérêt à laisser passer tout le monde.

Le président: Le gardien doit également être un sélectionneur.

Le Dr Sinclair: Absolument. D'aucuns diront que c'est contraire au rôle du médecin, qui est d'optimiser le soin de ses patients. Dans ce cas, la fonction de cerbère va à l'encontre de cela.

Le président: Si ce n'est pas le médecin, qui le fera?

Le Dr Sinclair: C'est une très bonne question. Je pense que les médecins et les infirmières praticiennes et autres, c'est-à-dire les professionnels auxquels les gens s'adressent en premier pour savoir s'ils ont besoin ou non de soins et décider quels soins, doivent accepter la responsabilité d'être à la fois les avocats de leurs patients et des gardiens efficaces du système. Sinon, on court le risque de reproduire le pire aspect du système américain des

an insurance executive keeping the gate. That is rationing on the basis of ability to pay, not necessarily the individuals but of the companies, which in my opinion, is wrong.

The Chairman: That would require, then, that in developing these incentives or payment schemes for primary care reform, you need to develop them in a way that would encourage the appropriate use of the gatekeeper function. Clearly, fee for service does not do.

Dr. Sinclair: Absolutely. Having said that, I am prepared to rest my confidence in the professionalism of physicians and other health professionals to do this well. They would keep the gate on the basis of their assessment of genuine need assisted by the availability of agreed-upon criteria, particularly for expensive categories of need, such as open-heart surgery, angiography, radiation therapy, and so forth.

Senator Morin: Mr. Chairman, I had the opportunity to talk with Dr. Sinclair for quite a time before the meeting, so some of my questions were answered.

You talked about the HMOs. I am sure you are not talking about all the American HMOs. We had a chance to talk about them. There are some outstanding examples that we could follow in Canada, such as the Kaiser Permanente. I am saying that for the record because I am a strong proponent of the Kaiser Permanente. You more or less told me that this was the model that you had suggested in your report.

Dr. Sinclair: As the old saying goes, if you have seen an HMO, you have seen an HMO. The range is from the wonderful to the awful. I believe that Kaiser Permanente, Puget Sound and the Intermountain Health Care systems live on the wonderful side. They generate very high patient satisfaction and data. Recent articles comparing Kaiser's performance with the National Health Service in the United Kingdom, for example, point to an effective operation. Having been there and having seen it in operation, I am very impressed. We need to take some lessons.

Senator Morin: I am interested in your conclusions and the basis of your remarks that restructuring the system is a major cost-saving operation. I would be interested to have more details. I know you recommend primary care, as well as some restructuring on the hospital side. I think these are the two major points of restructuring that you recommend.

Could you give us more detail at to where you see major cost savings could be accomplished? How do you see this? Do you see this more at the primary care level or more at the hospital level?

Dr. Sinclair: In my view, it must begin with primary care, with effective gatekeeping and with the utilization of the many health professionals to the full extent of their training. Thus, we have primary care physicians who are doing genuinely comprehensive practice. They are delivering babies, doing minor surgery and the

HMO où c'est, à toutes fins pratiques, une compagnie d'assurance qui remplit cet office. C'est là un rationnement sur la base de la capacité de payer, non nécessairement des individus mais des compagnies d'assurance, et à mon avis c'est déplorable.

Le président: Cela supposerait donc que les incitatifs ou régimes de rémunération en vue de la réforme des soins primaires soient conçus de façon à encourager ces professionnels à remplir la fonction de gardiens de l'accès. À l'évidence, la rémunération à l'acte ne fait pas cela.

Le Dr Sinclair: Absolument. Cela dit, je fais confiance au professionnalisme des médecins et autres professionnels de la santé pour bien faire ce travail. Ils donneraient l'accès sur la base de leur évaluation du besoin véritable, en s'appuyant sur des critères convenus, particulièrement s'agissant de services coûteux tels que les opérations à coeur ouvert, l'angiographie, la radiothérapie, etc.

Le sénateur Morin: Monsieur le président, j'ai eu l'occasion de parler avec le Dr Sinclair pendant pas mal de temps avant la réunion, et il a déjà répondu à certaines de mes questions.

Vous avez parlé des HMO. Je suis sûr que cela ne s'applique pas à toutes les HMO. Nous avons eu l'occasion de nous entretenir avec certaines d'entre elles. Il y en a quelques exemples hors pair dont nous pourrions nous inspirer au Canada, tels que le Kaiser Permanente. Je tiens à attirer l'attention là-dessus car je suis un fort partisan du Kaiser Permanente. Vous m'avez dit plus ou moins que c'est ce modèle même que vous avez préconisé dans votre rapport.

Le Dr Sinclair: Comme le dit le dicton, si vous avez vu une HMO, vous avez vu une HMO. L'éventail va du merveilleux au désastreux. Je pense que Kaiser Permanente, Puget Sound et Intermountain Health Care se situent du côté merveilleux. Leurs patients expriment un très fort taux de satisfaction. Des articles récents comparaient la performance de Kaiser avec celle du National Health Service au Royaume-Uni, par exemple, et montraient que c'est un mécanisme efficace. Je suis allé voir sur place et j'ai été très impressionné. Nous pouvons en tirer des leçons.

Le sénateur Morin: Je suis intéressé par vos conclusions et ce qui fonde votre croyance que la restructuration du système autoriserait des économies majeures. J'aimerais plus de détails. Je sais que vous avez recommandé la réforme des soins primaires, ainsi qu'une certaine restructuration au niveau hospitalier. Ce sont là les deux principaux éléments à restructurer, à votre avis.

Pourriez-vous nous expliquer un peu plus où interviendraient les principales économies? Comment voyez-vous cela? Serait-ce davantage au niveau des soins primaires ou plutôt au niveau des hôpitaux?

Le Dr Sinclair: À mon avis, il faut commencer par les soins primaires, avec un bon contrôle de l'accès et la pleine utilisation des nombreuses professions médicales et paramédicales. Ainsi, on a des médecins de famille qui ont véritablement une pratique généraliste. Ils font des accouchements, des opérations mineures full range of things for which they are qualified and trained. We have nurse practitioners who are offering comparable services and so on.

When the commission was operating in Ontario, we did a study of the billing structure in Ontario by both specialists and primary care physicians. The conclusion of this international panel of physicians was that a little over 20 per cent of the services provided by specialist physicians were in fact primary care. Approximately 80 per cent of the billings by family physicians were for services that could and should be provided, and in many countries are provided, by other health professionals. That is a big saving.

In fact, the model we developed in Ontario for primary care reform — if imposed over a period of five years — would result in increases in income and substantial increases in the benefits available to primary care physicians and to nurse practitioners and others, would transform us from a physician shortage to a physician surplus just like that. That has to be a major source of savings.

Senator Morin: Why? Where?

Dr. Sinclair: In the rate constants. If you are substituting lower cost labour for higher cost labour, you are saving money.

Senator Morin: You probably know about the Quebec experience. As soon as they were thinking of, for example, having pharmacists give drugs without prescription, they immediately asked for an increase in professional fees approaching about \$30 per prescription because they were now doing clinical work. Therefore, they asked for a 50 per cent increase. Nursing practitioners now want double the salary of an ordinary nurse.

If you give them additional responsibilities, they want additional compensation, and I do not blame them. When you give people additional responsibilities, they want increased pay. I am not sure that after five years we will have what you describe. I am not saying that I am strongly in favour of the concept. I do not disagree with you; you are the expert.

I am not sure the savings will be as great as we think they will be because the salaries will creep up. As soon as you throw money at the system, immediately everyone goes on strike because they want more money. I am not sure that the system will not keep creeping up as it is. However, I hope you are right.

Dr. Sinclair: I would not pretend to be an expert on this. In my experience, we do know that we have added money to the system — most recently a year and half ago in the amount \$23.4 billion, which disappears into rates very quickly. Without a discipline on the rates structure, we are lost. Frankly, the absence of that discipline results from governments trying to manage rather than govern the system.

et tout l'éventail des actes pour lesquels ils ont été formés et sont qualifiés. On a des infirmières praticiennes qui offrent des services comparables, et cetera.

Pendant le travail de la Commission ontarienne, nous avons effectué une étude de la structure de facturation en Ontario, tant des spécialistes que des médecins omnipraticiens. La conclusion de ce groupe de médecins experts internationaux était qu'un peu plus de 20 p. 100 des services fournis par des médecins spécialistes étaient en fait des soins primaires. Environ 80 p. 100 des facturations des médecins de famille étaient pour des services qui pourraient et devraient être fournis par d'autres professionnels de la santé et le sont effectivement dans de nombreux pays étrangers. Cela représente une grosse économie.

Effectivement, le modèle que nous avons élaboré en Ontario pour la réforme des soins primaires — s'il était imposé sur une période de cinq années — entraînerait des majorations de revenu et des accroissements substantiels des avantages offerts aux médecins de soins primaires et aux infirmières praticiennes et autres et se traduirait en outre par une transformation instantanée de la pénurie de médecins en excédent de médecins. Cela ne peut qu'être qu'une source majeure d'économies.

Le sénateur Morin: Pourquoi? Où?

Le Dr Sinclair: Si vous substituez une main-d'oeuvre à moindre coût à une main-d'oeuvre à grand coût, vous faites des économies.

Le sénateur Morin: Vous connaissez sans doute l'expérience québécoise. Dès que l'on a songé, par exemple, à permettre aux pharmaciens de dispenser des médicaments sans ordonnance, ils ont immédiatement demandé une majoration d'honoraires, pour la porter à 30 \$ par prescription, parce qu'ils faisaient dorénavant du travail clinique. Ils ont donc demandé une majoration de 50 p. 100. Les infirmières praticiennes réclament maintenant le double du salaire d'une infirmière ordinaire.

Si vous leur donnez des responsabilités supplémentaires, ils veulent une rémunération supplémentaire et je ne les en blâme pas. Lorsque vous donnez aux gens des responsabilités accrues, ils veulent un salaire accru. Je ne suis pas sûr qu'au bout de cinq ans vous aurez ce que vous décrivez. Je ne suis pas fort partisan de ce concept. Mais je ne conteste pas ce que vous dites, c'est vous l'expert.

Je ne suis pas sûr que les économies seront aussi grandes qu'on le pense parce que les salaires vont augmenter. Dès que vous injectez de l'argent dans le système, immédiatement tout le monde se met en grève pour réclamer sa part. Je ne suis pas sûr que cela ne va pas continuer. Cependant, j'espère que vous avez raison.

Le Dr Sinclair: Je ne prétends pas être l'expert. Selon mon expérience, nous savons que chaque fois que nous avons injecté de l'argent dans le système — il y a encore 18 mois, à hauteur de 23,4 milliards de dollars, il disparaît très rapidement sous forme de hausses de tarifs. Sans une structure tarifaire disciplinée, nous sommes perdus. Franchement, l'absence de discipline résulte du fait que les pouvoirs publics prétendent gérer plutôt que gouverner le système.

Devolution is the way to go. We should not bargain province wide the rates of anyone. In fact, we should get out of the payment business. Let people figure out how much and for what to pay themselves. The responsibility is there.

All these people are human beings, just like you and me. They want to improve their status in life. They also want to do a good job in caring for people who are ill, which is why they became health care professionals in the first place.

Given a relatively local capacity to set rates, I believe that we would be a lot better off than we are now.

Senator Morin: Your report is based from 1999. It is the best report I have seen on primary care. It is still the Bible as far as I am concerned. No other report has gone as far and extensive and in such detail as yours. It is still the basis of our recommendations as far as primary care reform is concerned.

Dr. Sinclair: Thank you, Senator Morin.

Senator Pépin: It is well recognized right now that nurses are underpaid. I went to a recent medical meeting where we were told that more and more women are going into medicine. I am not sure that they will be as well paid as male doctors are right now because everywhere it happens the salaries have been decreasing.

That is only a remark. However, I have to tell you that because it worries me.

I agree that we have to be rational. We have to have better information to function better. However, it is very hard for me to deal with sick people in a business way. I agree with you when you say we should deal with the services in the way that people deal with business, because we will be more efficient. Perhaps it is my nursing background, but it is difficult to deal with sick people and say we have to have priority and we have to deal with it as a business. That it is my own problem, but I think that is very difficult.

You talk about the waiting list. That should be the first step. If you say they can prioritize the waiting list and after that decide they have so many urgent cases, they will probably be able to get the number of beds they need and also the number of staff they need. If the professionals all work together and if they say we have 10 urgent cases, they will have to find 10 beds and the personnel required to look after those people.

Dr. Sinclair: I must say that I always feel a little uncomfortable using either the term "health industry" or comparing health care to an industry in business. However, the fact is that we describe ourselves as having a system. If in fact we do have the ambition to have a genuine system, we have to think about it in systemic terms and that leads us to considering comparability to other systems.

La solution est la dévolution. Il ne faudrait négocier les tarifs avec personne à l'échelle provinciale. De fait, nous devrions cesser de nous occuper de rémunération. Laissez les gens déterminer par eux-mêmes combien payer et pourquoi payer. C'est là que réside la responsabilité.

Tous ces gens sont humains, comme vous et moi. Ils veulent améliorer leur condition. Ils veulent également bien soigner les malades, car c'est la raison pour laquelle ils sont devenus professionnels de la santé en premier lieu.

Je pense qu'en décentralisant au niveau local la fixation des tarifs, on obtiendrait de bien meilleurs résultats que maintenant.

Le sénateur Morin: Votre rapport est basé sur l'année 1999. C'est le meilleur rapport que j'aie vu sur les soins primaires. Pour moi, il est la Bible. Aucun rapport n'est allé aussi loin et n'est autant entré dans les détails que le vôtre. Il reste le fondement de nos recommandations dans le domaine de la réforme des soins primaires.

Le Dr Sinclair: Merci, sénateur Morin.

Le sénateur Pépin: Il est largement admis aujourd'hui que les infirmières sont sous-payées. Je suis allée à une conférence médicale récente où on disait que de plus en plus de femmes font des études de médecine. Je ne suis pas sûre qu'elles seront aussi bien payées que les hommes médecins aujourd'hui car les salaires baissent dans toutes les professions où les femmes sont nombreuses.

Ce n'est qu'une remarque. Je tenais néanmoins à vous le dire, car cela m'inquiète.

Je conviens qu'il faut être rationnel. Il faut disposer d'une meilleure information pour mieux fonctionner. Cependant, j'ai beaucoup de mal à considérer les malades sous un angle commercial. Je suis d'accord avec vous qu'il faudrait soigner les gens de manière aussi rationnelle que le fonctionnement des entreprises, car ce sera plus efficient. C'est peut-être parce que j'ai été infirmière, mais j'ai beaucoup de mal à considérer ainsi les malades et à dire qu'il faut instaurer des ordres de priorité et travailler comme une entreprise. Je trouve cela très difficile, mais c'est peut-être mon problème particulier.

Vous parlez de liste d'attente. Cela devrait être la première étape. Si vous dites qu'ils peuvent établir un ordre de priorité dans la liste d'attente et décider qu'ils ont tant de cas urgents, ils vont probablement pouvoir trouver le nombre de lits requis et les effectifs requis. Si les professionnels travaillent tous de concert et disent qu'il y a dix cas urgents, ils vont devoir trouver les dix lits et le personnel requis pour soigner ces dix malades prioritaires.

Le Dr Sinclair: Je dois avouer que je suis toujours un peu mal à l'aise en parlant «d'industrie de la santé» ou en comparant les soins de santé à une entreprise commerciale. Cependant, le fait est que nous nous décrivons nous-mêmes comme ayant un système. Si effectivement nous ambitionnons d'avoir un véritable système, je pense qu'il faut raisonner de manière systématique, et cela nous amène à nous comparer à d'autres systèmes.

I share your discomfort in talking about waiting lists with people who are on those waiting lists but as I have said many times, I do not have the information to argue with you about the waiting list. You do not have the information. You know that you want the service faster, but I do not know who is ahead of you or who is behind and why they are ahead and behind. Until I do, I cannot discuss it with you. We cannot even approach the need of a system unless and until we have that information.

I want to say one other thing with relation to beds. We do know that we here in Canada are still pretty profligate in terms of our use of the hospital bed per se relative to other countries. Most other countries have fewer hospital beds per unit population and the evidence is that their health status is not less than ours. In fact, in many of them their health status is worse than ours. We do not have those data. I know the Kaiser Permanente use of the hospital bed is much less than ours. The satisfaction of their patients, and those who are not patients but who are members of Kaiser Permanente, is very high. They do not have a higher incidence of cancer.

I do not think we should be satisfied until we have gained the data to know why it is that we are different from these other jurisdictions. We should be as efficient. There is no reason we should not. We are a well-developed and rich country. We are not stupid. We have as many powerful minds in this country as other countries so there is no reason we should not do as well.

Senator Morin: We had a witness appear before us in Toronto concerning the waiting lines, and he said specifically that the provincial health ministers forbade him to give any public information about the province's waiting lists. They were quite prepared to do a study on the waiting lists of various provinces and compare the waiting lists but the provincial ministers prevented that. It is not as simple as all that. There are all sorts of impediments at all levels.

Dr. Sinclair: I will leave that impediment to you since you are far more expert than I.

Senator Fairbairn: I would like to carry on this discussion by asking you a "what if" question. What if a person with a very distinguishable disease such as cancer — and as you said at the moment we may not know who is ahead and why and why someone should be behind — whose physician or specialist believes they should be getting a certain kind of treatment or surgery. The system, as well as it can be constructed, says you will have to wait for this because it does not quite meet the criteria, but you can be assured that within some months something will be available.

You still have a physician who honestly believes that you are in trouble and so you reach into the Mayo, or some place in the United States, and wherever you are in Canada you are told there will be no compensation for you because the treatment is available in Canada. What would be your response in a new regulated system of health care that we would have? Would it be

Je partage votre malaise lorsque je parle de liste d'attente, car ce sont des malades qui attendent d'être soignés, mais comme je l'ai dit bien souvent, je n'ai pas l'information qu'il faudrait pour dire si la liste d'attente est justifiée ou non. Vous non plus. Vous savez que vous voulez le service plus vite, mais je ne sais pas qui est devant vous ou qui est derrière vous ni pourquoi. Tant que je ne le sais pas, je ne peux pas discuter avec vous. Nous ne pouvons même pas aborder la nécessité d'un système tant que vous et moi n'avons pas cette information.

Je dirais une autre chose à propos des lits. Nous savons que nous, au Canada, faisons toujours un usage prodigue de nos lits d'hôpitaux comparé à d'autres pays. La plupart des pays étrangers ont moins de lits d'hôpital par unité de population et tout indique que leur situation sanitaire n'est pas moins bonne que la nôtre. D'autres pays ont une situation sanitaire pire que la nôtre. Nous ne possèdons pas ces données. Je sais que Kaiser Permanente utilise beaucoup moins de lits d'hôpitaux que nous. La satisfaction des patients, et de ceux qui ne sont pas patients mais membres de Kaiser Permanente, est très élevée. Il n'y a pas chez eux de plus grande fréquence de cancer.

Je ne pense pas que nous devrions être satisfaits tant que nous n'aurons pas les données indiquant en quoi nous sommes différents de ces autres pays ou organisations. Nous devrions être tout aussi efficients. Il n'y a aucune raison pour que nous ne le soyons pas. Nous sommes un pays développé et riche. Nous ne sommes pas stupides. Nous avons autant de bons cerveaux chez nous que ces autres pays, et il n'y a aucune raison pour que nous ne fassions pas aussi bien.

Le sénateur Morin: Un témoin a comparu devant nous à Toronto au sujet des files d'attente et il nous a indiqué expressément que le ministre de la Santé provincial lui a interdit de divulguer publiquement tout renseignement sur les listes d'attente provinciales. Ils étaient tout à fait prêts à faire une étude des listes d'attente dans les diverses provinces et à les comparer, mais les ministres provinciaux les ont empêchés. Ce n'est pas aussi simple que cela. Il y a toutes sortes d'obstacles à tous les niveaux.

Le Dr Sinclair: Je vous laisse cet obstacle car vous êtes beaucoup plus expert que moi.

Le sénateur Fairbairn: J'aimerais poursuivre cette discussion en vous posant une question hypothétique. Supposons une personne souffrant d'une maladie très caractéristique comme le cancer — et vous avez dit qu'aujourd'hui on ne sait pas qui est devant et qui est derrière sur la liste d'attente et pourquoi — dont le médecin ou spécialiste estime qu'elle a besoin d'un certain traitement ou d'une opération. Le système, aussi bien construit que possible, dit que vous devez attendre car vous ne remplissez pas tout à fait les critères, mais que vous pouvez être assurés que votre tour viendra dans quelques mois.

Vous avez quand même un médecin qui pense honnêtement que votre cas est urgent et vous essayez de vous faire soigner à la clinique Mayo ou ailleurs aux États-Unis, mais au Canada, quelle que soit votre province, on vous dit que vous ne serez pas remboursés car le traitement est disponible au Canada. Quelle serait la situation dans le système de santé nouvellement that there must be a change in provincial attitude towards compensation under these circumstances, or are you really in control of the system and if you wish to go and get that treatment you finance it yourself?

Dr. Sinclair: My answer right off the top of my head — and I would like to think my way through that scenario perhaps a little more deeply than I have time for — is that your idea in volume 5 of paying for an alternative, for an urgently needed problem, is a good one.

However, I would not have the government pay for it, I would have the organization that refused the service pay it in the first instance. If they say they are absolutely at capacity then I would ask that you show me that in fact that you are operating at maximum efficiency and you may well be right. In that case, I would reimburse them for the additional charge but I would not hold up the patient as a consequence.

Senator Fairbairn: That goes back to the sense of the original questions that concerned both Senator Pépin and myself. In fact, the suggestion I am making is pretty close to a real situation of which I am aware. When it comes down to that crunch you either do it under your own funding or you cannot. If you do not have the funding then that is the wall.

Dr. Sinclair: Absolutely.

Senator Fairbairn: That is a terrible wall to even contemplate.

Dr. Sinclair: I quite agree. The problem with the second tier — which we can access just south of the border — is that many do not have access for financial reasons. That is unfair and we should not allow that. I am with you.

To pursue that further, I would want the institution concerned to demonstrate that if OR time is the limiting factor and the limiting factor is that there are not enough anaesthetists, I would ask: Why are we not using nurse anaesthetists? Other countries use them; they expand the use of time. The evidence is that they are doing an excellent job. Why are we not using nurse anaesthetists in Canada? The same holds true for other categories such as rehabilitation technicians. Utilizing these categories more would make the work of physicians and others go further.

There was a good paper in the journal Health Affairs about two months ago that compared the primary care provided by physician assistants, nurse practitioners and primary care physicians. Data are not great, but reasonable. There was no apparent difference in the quality of care or the satisfaction of the patient concerned. The two differences that were outlined were that the physician assistants and nurse practitioners ordered fewer tests and spent more time with their patients.

Senator Cook: Do you have any statistics in regard to the cost savings that would be accrued for home care following a surgical procedure in comparison to a patient recovering in hospital?

réglementé dans ce scénario? Y aurait-il un changement dans la politique provinciale de remboursement dans ces circonstances, ou bien la personne qui voudrait ce traitement devrait-elle le financer elle-même?

Le Dr Sinclair: Ma réaction immédiate — et j'aimerais avoir un peu plus de temps pour réfléchir à ce scénario — est que votre idée, dans le volume 5, de payer pour un traitement urgent obtenu ailleurs est bonne.

Cependant, je ne ferais pas payer le gouvernement, je ferais payer l'organisation qui a refusé le service en premier lieu. Si celleci peut me prouver qu'elle est absolument à sa pleine capacité et a l'efficience maximale, le gouvernement lui rembourserait le montant, mais je ne ferais pas attendre le patient à cause de cela.

Le sénateur Fairbairn: Cela nous ramène aux questions initiales qui préoccupaient tant le sénateur Pépin que moi-même. En fait, le scénario que j'esquisse est très proche d'une situation réelle que je connais. Lorsqu'on est ainsi au pied du mur, soit on paye de sa poche soit on n'est pas soigné. Si on n'a pas les moyens, alors on va dans le mur.

Le Dr Sinclair: Absolument.

Le sénateur Fairbairn: C'est une situation absolument terrible.

Le Dr Sinclair: Je suis d'accord. Le problème avec le second palier — que nous trouvons juste de l'autre côté de la frontière — est que beaucoup n'y ont pas accès pour des raisons financières. C'est injuste et nous ne devons pas le tolérer. Je suis d'accord avec vous.

Dans la même veine, je demanderais à l'établissement concerné, si celui-ci me dit que le facteur limitant est le temps en salle d'opération, du fait qu'il n'y a pas suffisamment d'anesthésistes, pourquoi il n'utilise pas des infirmières anesthésistes? D'autres pays le font, ce qui permet un usage plus intensif des salles d'opération. Tout indique que ces infirmières font un excellent travail. Pourquoi n'utilise-t-on pas au Canada d'infirmières anesthésistes? La même chose vaut pour d'autres catégories telles que les techniciens en réadaptation. Utilisons davantage ces professions, ce qui libérera les médecins pour autre chose.

Il y avait un excellent article dans la revue Health Affairs il y a deux mois environ qui comparait les soins primaires fournis par des médecins assistants, les infirmières praticiennes et des médecins de soins primaires. Les données ne sont pas excellentes, mais raisonnables. Il n'y avait aucune différence apparente dans la qualité des soins ou la satisfaction des patients. Les deux différences signalées étaient que les médecins assistants et infirmières praticiennes demandaient moins de tests et passaient davantage de temps avec leurs patients.

Le sénateur Cook: Avez-vous des statistiques sur les économies que rapporterait le soin à domicile après une opération, comparé à la récupération à l'hôpital?

Dr. Sinclair: We do know that the hospitals have the highest rate in the system. One says intuitively that we should get people out of hospitals as quickly as possible and into home care. However, we also have examples where people were given service through home care that was more expensive than would be experienced in a hospital.

We need to collect data by class of procedure, but we also need the capacity to modify the application of those rules, if you will, by the individual. If the individual goes home to a remote community in the Avalon Peninsula, or elsewhere in Newfoundland, where homecare is really not available, then we must deal with that as an issue of care, not as a financial issue.

Frankly, I believe that if we put more investment in greater capital capacity for nursing home care and financed nursing home care on the strength of not how many bodies there are, but on the relative abilities of those people to manage daily living, we would be much better off.

Senator Cook: I should have interjected the words "appropriate home care."

The Chairman: Dr. Sinclair, thank you for coming.

The committee adjourned.

Le Dr Sinclair: Nous savons que les hôpitaux sont ceux qui coûtent le plus cher dans le système. Intuitivement, on serait amené à dire qu'il faut sortir les patients de l'hôpital le plus rapidement possible et les soigner à domicile. Cependant, nous avons également des exemples où les soins à domicile étaient plus coûteux qu'à l'hôpital.

Il nous faut rassembler des données par catégories de procédures, mais il faut également la capacité de modifier l'application de ces règles en fonction de l'individu. Si le patient retourne chez lui dans une localité isolée de la péninsule d'Avalon, ou ailleurs à Terre-Neuve, où les soins à domicile ne sont pas disponibles, il faut traiter ce cas comme une affaire de soins et non une affaire financière.

Franchement, je pense que si l'on investissait dans une plus grande capacité à fournir des soins à domicile et finançait ces derniers non pas en fonction du nombre de corps à soigner mais de la capacité relative des patients à se débrouiller au quotidien, nous nous porterions beaucoup mieux.

Le sénateur Cook: J'aurais ajouté le terme «soins à domicile appropriés».

Le président: Merci d'être venu, docteur Sinclair.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada – Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison, retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à: Travaux publics et Services gouvernementaux Canada – Édition 45 Boulevard Sacré-Coeur Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESS

Wednesday, April 24, 2002

Ontario Health Services Restructuring Commission:

Dr. Duncan Sinclair, Former Commissioner

TÉMOIN

Le mercredi 24 avril 2002

De la Commission de restructuration des services de santé (Ontario Le Dr Duncan Sinclair, ancien commissaire.

Available from: Public Works and Government Services Canada – Publishing Ottawa, Canada K1A 0S9

Also available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

En vente:

Travaux publics et Services gouvernementaux Canada – Édition Ottawa, Canada K1A 0S9

Aussi disponible sur internet: http://www.parl.gc.ca



First Session Thirty-seventh Parliament, 2001-02

SENATE OF CANADA

Proceedings of the Standing Senate Committee on

Social Affairs, Science and **Technology**

Chair: The Honourable MICHAEL KIRBY

Thursday, April 25, 2002

Issue No. 51

Second meeting on:

Examine the document entitled: "Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français"

> **WITNESSES** (See back cover)



Première session de la trente-septième législature, 2001-2002

SÉNAT DU CANADA

Délibérations du Comité sénatorial permanent des

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président: L'honorable MICHAEL KIRBY

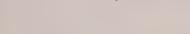
Le jeudi 25 avril 2002

Fascicule nº 51

Deuxième réunion concernant:

L'examen du document intitulé «Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français»

TÉMOINS: (Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, Chair
The Honourable Marjory LeBreton, Deputy Chair
and

The Honourable Senators:

Callbeck

* Carstairs, P.C.
(or Robichaud, P.C.)
Cook
Cordy
Di Nino
Fairbairn, P.C.

Keon

* Lynch-Staunton
(or Kinsella)

Morin
Pépin
Robertson
Roche

* Ex Officio Members

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby
Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck

* Carstairs, c.p.
(ou Robichaud, c.p.)
Cook
Cordy
Di Nino
Fairbairn, c.p.

Keon

* Lynch-Staunton
(ou Kinsella)
Morin
Pépin
Robertson
Roche

* Membres d'office

(Quorum 4)

Published by the Senate of Canada

Publié par le Sénat du Canada

Available from Canada Communication Group - Publishing, Public Works and Government Services Canada, Ottawa, canada K1A 089 En vente: Groupe Communication Canada – Édition, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa, Canada K1A 089

Also available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Thursday, April 25, 2002 (62)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in room 705, Victoria Building, at 11:05 a.m., the Acting Chair, the Honourable Yves Morin, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Keon, Morin and Pépin (6).

Other senators present: The Honourable Senators Comeau, Gauthier and Losier-Cool (3).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Marion Ménard.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, December 6, 2001, the committee began its consideration of the document entitled "Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français." (For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No. 50.)

WITNESSES:

From Health Canada:

Mr. Marcel Nouvet, Assistant Deputy Minister, Information Analysis and Connectivity Branch;

Mr. Michel Léger, Executive Director, Strategic Alliances and Priorities Division, Information Analysis and Connectivity Branch.

The Acting Chairman made a statement.

Mr. Nouvet made a statement and, together with Mr. Léger, answered questions.

At 12:37 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le jeudi 25 avril 2002 (62)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 05, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Yves Morin (président suppléant).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Keon, Morin et Pépin (6).

Autres sénateurs présents: Les honorables sénateurs Comeau, Gauthier et Losier-Cool (3).

Également présente: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Marion Ménard.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 6 décembre 2001, le comité entreprend l'étude du document intitulé «Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français». (Voir le texte complet de l'ordre de renvoi dans le fascicule nº 50 des délibérations du comité.)

TÉMOINS:

De Santé Canada:

- M. Marcel Nouvet, sous-ministre adjoint, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité;
- M. Michel Léger, directeur exécutif, Division des alliances stratégiques et des priorités, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité.

Le président suppléant fait une déclaration.

M. Nouvet fait une déclaration et, avec l'aide de M. Léger, répond aux questions.

À 12 h 37, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday April 25, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met today at 11:00 a.m. in order to examine the document entitled "Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français."

Senator Yves Morin (Acting Chairman) in the Chair.

[Translation]

The Acting Chairman: As you know, during the next few meetings, I will represent Senator Kirby, who is chairman of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. The aim of this meeting is to examine a report following a motion that was sponsored in the Senate by Senator Gauthier. Senator Gauthier does not have access to the discussion at this time, but he will soon be able to participate thanks to the help of a stenographer.

I would like to welcome Mr. Marcel Nouvet, Assistant Deputy Minister, Information Analysis and Connectivity Branch.

How long have you held that position, Mr. Nouvet?

Mr. Marcel Nouvet, Assistant Deputy Minister, Information Analysis and Connectivity Branch: For about two months, Mr. Chairman.

The Acting Chairman: I would also like to welcome Mr. Michel Léger, Executive Director, Official Languages Communities Support Office. Mr. Léger works for the branch of which Mr. Nouvet is Assistant Deputy Minister. You intend to read the document that you have submitted?

Mr. Nouvet: Yes, of course, and I will take about 10 minutes for my presentation.

We are very pleased to have the opportunity to appear before you to give you an outline of the reports that deal with this sector. Michel Léger is here with me today. I would also like to tell you that behind me are two of our valuable colleagues, namely Jacques Cloutier and Louise Bouchard, from Health Canada.

The language of a population is an essential element in improving health conditions and adapting these conditions to one's needs. In Canada, one million francophones live as a minority outside Quebec. Access to health services in French is essential for their well-being and Health Canada remains determined to improve the health of these populations and promote their growth, as stipulated in the Official Languages Act.

That is why Health Canada has created and funded the Consultative Committee for French-Speaking Minority Communities. The study entitled "Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français" allows us to better identify what must be done to meet that objective.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 25 avril 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 heures pour examiner le document intitulé «Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français».

Le sénateur Yves Morin (président suppléant) occupe le fauteuil.

[Français]

Le président suppléant: Comme vous le savez, au cours des prochaines réunions je représenterai président du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le sénateur Kirby. Le but de cette séance est de procéder à l'étude d'un rapport suite à une motion du Sénat parrainée par le sénateur Gauthier. Actuellement, le sénateur Gauthier n'a pas accès à la discussion, mais une sténographe pourra bientôt lui permettre d'y participer.

Je souhaite la bienvenue à M. Marcel Nouvet, sous-ministre ajdoint à la Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité.

Depuis combien de temps occupez-vous ce poste, M. Nouvet?

M. Marcel Nouvet, sous-ministre adjoint, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité: Depuis environ deux mois, monsieur le président.

Le président suppléant: J'aimerais également souhaiter la bienvenue à M. Michel Léger, directeur exécutif, Bureau d'appui aux communautées de lange officielle. Monsieur Léger fait partie de la même direction que dirige M. Nouvet. Avez-vous l'intention de suivre le document que vous nous avez soumis?

M. Nouvet: Oui, bien sûr, et je prendrai une douzaine de minutes pour faire ma présentation.

Nous sommes très heureux d'avoir l'occasion de venir vous résumer les grandes lignes des rapports qui traitent de ce secteur. Michel Léger est effectivement à mes côtés. Je voudrais vous signaler que j'ai aussi derrière moi deux de nos précieux collaborateurs qui sont Jacques Cloutier et Louise Bouchard, de Santé Canada.

La langue d'une population est un élément essentiel à l'amélioration des conditions de santé et à l'appropriation de la santé par cette population. Au Canada, un million de francophones vivent hors Québec en situation minoritaire. L'accès aux services de santé en français est un élément essentiel à leur mieux-être et Santé Canada demeure fermement résolu à améliorer l'état de santé de ces populations et à favoriser leur épanouissement, conformément aux dispositions de la Loi sur les langues officielles.

Voilà pourquoi Santé Canada à créé et financé le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire. L'étude «Santé en français — Pour un meilleur accès à des services en français» nous permet de mieux identifier les actions à entreprendre pour y arriver.

Page 2 of the document sets the tone for the presentation. I will be dealing both with the context of this study called "Health in French," its mandate, its scope, the messages it seeks to convey as well as proposed solutions. Since this study was undertaken within the framework of the Consultative Committee for French-Speaking Minorities, I will also refer to the relationship between this study and the final report of the Health Advisory Committee. I would also like to mention what actions and investments our department has undertaken in this file, while explaining the limitations and other considerations.

The study "Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français" is the result of a close partnership between the Consultative Committee for French-Speaking Minority Communities, the Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada and our department, Health Canada.

The Consultative Committee for French-Speaking Minority Communities was created in the spring of 2000 by Minister Alain Rock with a view to helping him develop Health Canada policies and programs that would foster the growth of francophone communities outside Quebec. I have the privilege of being cochair of the committee along with Mr. Hubert Gauthier, President and CEO of the St-Boniface General Hospital in Manitoba.

The committee played a pivotal role in preparing this study, whose aim was to provide a better understanding of the issue. The committee requested that this be done so as to lay the ground work for its report, which was submitted to the minister in November.

Page 5 of our handout summarizes the role played by Health Canada. I might point out that Health Canada supplies the secretariat services in cooperation with the Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada.

Page 6 deals with the role of the Fédération des communautés francophones et acadienne. They were responsible for coordinating, publishing, distributing and promoting the report. The Federation was particularly active in promoting this study to various francophone groups, the provincial department as well as your Senate committee. That might be one of the reasons why I find myself here today.

Page 7 deals with the mandate of the study. Since, from the very outset, the consultative committee wanted a good grasp of the situation, the research team was given the mandate to first of all, describe the situation in demographic terms, taking into account the health of the francophone communities outside Quebec as well as access to health services. Secondly, they were to identify the means of action that might increase access to services for francophone minorities. They would then recommend possible solutions to the consultative committee.

La page 2 de la présentation parle du contexte de cette présentation. Je vais donc vous parler successivement du contexte de cette étude «Santé en français», de son mandat, ses limites, les messages qu'elles véhiculent ainsi que les pistes de solutions proposées. Puisque cette étude fut entreprise dans le cadre des travaux du Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, je ferai également référence aux liens entre cette étude et le rapport final du Comité consultatif de la santé. J'aimerais aussi mentionner les actions et investissements de notre ministère dans ce dossier, tout en soulignant nos contraintes et autres considérations.

L'étude «Santé en français — Pour un meilleur accès à des services de santé en français» est le fruit d'un partenariat étroit entre le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada et notre ministère, Santé Canada.

Le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire fut créé au printemps 2000 par le ministre Allan Rock dans le but de le conseiller et de lui fournir des avis pour orienter les politiques et les programmes de Santé Canada afin de favoriser l'épanouissement des communautés francophones hors Québec. J'ai donc le privilège de coprésider le comité avec M. Hubert Gauthier, président-directeur général de l'Hôpital général de St-Boniface au Manitoba.

Le comité a joué un rôle clé dans l'élaboration de cette étude puisqu'il l'a commandée afin de mieux cerner la problématique. Le comité a demandé que ce soit fait afin de préparer le terrain pour le rapport du comité, qui a été déposé auprès du ministre en novembre.

La page 5 de notre présentation résume le rôle de Santé Canada. Je préciserai que Santé Canada assure les services de secrétariat en collaboration avec la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada.

La page 6 traite du rôle de la Fédération des communautés francophones et acadienne. Elle a assuré la coordination, la publication, la diffusion et la promotion du rapport. Elle a été particulièrement active dans la promotion de cette étude auprès des différents groupes francophones, des ministères provinciaux ainsi que devant votre comité sénatorial. C'est peut-être une des raisons pour laquelle je me retrouve devant vous aujourd'hui.

La page 7 concerne le mandat de l'étude. Puisque que le comité consultatif voulait dès le début de ses travaux obtenir une bonne idée de l'état de la situation, l'équipe de recherche a reçu comme mandat, premièrement, de décrire cette situation au niveau de la démographie, de l'état de santé des communautés francophones hors Québec ainsi que de l'accès aux services de santé. Deuxièmement, il s'agit d'identifier les leviers, les moyens d'action susceptibles d'accroître l'accès aux services pour les minorités francophones. Troisièmement, il s'agit de recommander des avenues de solutions au comité consultatif.

I will deal with each of these elements a little later. This ambitious study was not done without limitations. First of all, there were the time constraints. We had three months to complete the study because the committee wanted to prepare its recommendations for a possible spring 2002 federal budget.

Then, we had some difficulty in finding data relating to our target population, which meant that our study was based on qualitative data taken from a review of the literature and two questionnaires aimed at identifying the perceptions that people had with respect to access to services and possible solutions. It is not a scientific study, but we feel that it is quite credible.

On page 9 you see the main messages taken from this study. There are eight of them. First of all, there was a lack of information on these communities. With respect to health, there is no reliable information that is common to all minority francophone and Acadian populations.

Secondly, the access problems were quite apparent since the study reveals that between 50 and 55 per cent of francophones have no or rarely any access to health services in French and the level of acceptability is three to seven times lower among Acadian and francophone communities than within the anglophone population. There are wide variances between the provinces and the regions. The situation, therefore, is not the same in each province and within those provinces. There are differences at the regional level. It is important to note this when we consider what type of solution we want to implement.

On page 10, in general, the population within the francophone and Acadian communities is older than that of non-francophone communities and this trend seems to increase in regions where francophones are in a greater minority when compared to the majority population. Secondly, there are certain health determinants that are less favourable for these populations. They have less education, even if progress has been made over the past years, and they are less present in the labour force.

Thirdly, demographic data has confirmed that francophone communities outside Quebec are dispersed throughout the country and it is therefore difficult for these communities to organize to have their concerns heard — and to understand them themselves — in order to voice their expectations for the health care system.

Even more important is the fact that access to health care services in French goes far beyond simply respecting the culture of the user. Language is important for effective care. This is essential to the improvement of an individual's health. The language barrier lessens one's use of preventive services, increases the time required for consultation and adds to the probability of errors in diagnosis and treatment; it affects the quality of services where proper communication is essential, for example, in social services

Ce sont tous des éléments sur lesquels je vais m'attarder un peu plus loin. C'est une étude ambitieuse qui fut sujette à plusieurs contraintes. D'abord, il y avait la contrainte du temps. Nous avions trois mois pour réaliser cette étude car le comité voulait formuler des recommandations en prévision d'un éventuel budget fédéral au printemps de 2002.

Ensuite, il y a eu des difficultés à trouver des données sur les populations visées, ce qui a abouti en une étude fondée sur des données qualitatives obtenues à partir d'une revue de la littérature et de l'administration de deux questionnaires visant à identifier les perceptions de certaines personnes sur l'accès aux services et les pistes d'action. C'est n'est pas une étude scientifique, mais nous la considérons fort crédible.

À la page 9, nous retrouvons les messages principaux qui ressortent de cette étude. Il y a en huit en fait. Premièrement, le manque d'information sur ces communautés est noté. On observe plus particulièrement que pour ce qui est de l'état de santé, il n'existe pas d'information fiable et commune pour l'ensemble des communautés francophones et acadienne en situation minoritaire.

Deuxièmement, les problèmes d'accès apparaissent importants puisque l'étude indique qu'entre 50 et 55 p. 100 des francophones n'ont aucunement ou rarement accès à des services de santé en français et que le niveau d'accessibilité est de trois à sept fois plus faible chez les communautés francophones et acadienne que chez la communauté anglophone. Il existe des variances importantes entre les provinces et les régions. La situation n'est donc pas la même dans chaque province et à l'intérieur des provinces. Il y a des différences au niveau des régions. C'est important quand on considère le genre de solution qu'on voudrait mettre en oeuvre.

Si nous passons à la page 10, premièrement, en général, la population des communautés francophones et acadienne est plus âgée que celle des autres communautés non francophones et cette situation tend à s'accroître dans les régions où les francophones sont davantage minoritaires comparativement à la population majoritaire. Deuxièmement, on fait également mention de certains déterminants de la santé qui sont moins favorables pour ces populations. Elles sont moins scolarisées, même s'il y a eu des progrès au cours des dernières années, et moins présentes sur le marché du travail.

Troisièmement, les données démographiques confirment que les communautés francophones hors Québec sont dispersées un peu partout au pays et qu'il est donc difficile pour ces communautés de s'organiser pour faire comprendre leurs préoccupations — et de les comprendre elles-mêmes — et pour exprimer leurs attentes vis-à-vis des systèmes de soins de santé.

Tout aussi important, et il est reconnu que l'accès aux services de soins de santé en français dépasse et de loin le simple respect pour la culture de l'usager. La langue est importante dans l'efficacité des soins dispensés. Il s'agit d'un élément essentiel à l'amélioration de l'état individuel de la santé. La barrière linguistique réduit le recours aux services préventifs, augmente le temps de consultation et les probabilités d'erreur dans les diagnostiques et les traitements, influence la qualité de services où

or physiotherapy. The language barrier lessens one's satisfaction and the confidence one has in the care and services that are given.

On page 11, we summarize the avenues for solutions that were identified in the first study. The authors of this study, Messrs Morin and Daniel Denis, suggested numerous avenues in the final report of the "Santé en français" study. The possible solutions included eight types of intervention, conditions necessary for winning strategies, the general strategy for action as put forward by the authors of the report, and finally, organizational models.

On page 12 of the presentation you see intervention levers with respect to accessibility. In order to promote better access to health services in French, five levers are proposed. First comes the creation of intake facilities, establishments where health professionals would come together. These are service centres where francophones would be served and treated in French.

Next is the development of networks. In view of the relative size and concentration levels of francophone groups throughout the country, we believe that establishing networks to exchange information would be a concrete way to bring these communities closer together and to put an end to their isolation.

Third is the use of technology, since there is a shortage of health professionals who speak French and because the francophone communities are so widely distributed. Information and communications technologies offer a whole host of possibilities such as home health care, virtual access by health professionals to the services in large urban centres, telemedicine and teleradiology.

Fourth, the deployment of training activities. It is true that there is a shortage of health professionals, something that is even more apparent when it comes to health professionals who speak French and who can provide service to francophone communities outside Quebec. According to the study, it is essential that we provide more French trainees who are students and that this be done as close to their own towns or cities as possible so that they might exercise their profession in their own language within their own community. We know that if these people are trained outside their community, it lessens the chance of them returning to practice there.

The fifth level involves information, research and awareness. We must be better informed about the health and needs of minority francophone communities. The lack of specific data makes it difficult to plan and implement a proactive strategy that would lead to an improvement.

In terms of solutions, the report deals with conditions for a winning strategy. It is suggested that regional differences be recognized when providing for real and potential access to health services in French, which vary from region to region. It cannot be one-size-fits-all. That is why it is important to take into account the specific nature of the various communities. It is recommended that both supply and demand be acted on simultaneously, more

une bonne communication est essentielle comme dans le cas des services sociaux ou en physiothérapie. La barrière linguistique réduit la satisfaction et la confiance à l'égard des soins et des services reçus par les usagers.

A la page 11, on résume les pistes de solutions identifiées dans la première étude. Les auteurs de l'étude, MM. Morin et Daniel Denis ont proposé plusieurs pistes d'action dans le rapport final de l'étude «Santé en français». Les pistes proposées comprennent cinq leviers d'intervention, les conditions nécessaires à une stratégie gagnante, la stratégie générale d'action proposée par les auteurs du rapport et, finalement, les modèles d'organisation proposés.

Il est proposé des leviers d'intervention sur l'accessibilité, comme vous le voyez à la page 12 de la présentation. Afin de favoriser un meilleur accès aux services de santé en français, ces cinq leviers sont proposés. Premier levier, l'implantation de lieux d'accueil. Ce serait donc des établissements où seraient regroupés les professionnels de la santé. Il s'agit de centres de services où les francophones seraient servis et traités en français.

Deuxième levier, le développement de réseaux. Étant donné l'importance relative et les niveaux de concentration différents des francophones partout au pays, on voit dans l'établissement de réseaux d'échange d'information une façon tangible de rapprocher ces communautés et ainsi de briser leur isolement.

Troisième levier, l'utilisation de la technologie, compte tenu de la pénurie de professionnels de la santé pouvant s'exprimer en français, et la dispersion géographique des communautés francophones. Les technologies de l'information et des communications offrent une foule de possibilités tels les soins à domicile, l'accès virtuel des professionnels de la santé aux services des grands centres urbains, la télémédecine et la téléradiologie.

Quatrième levier, la formation de la main-d'œuvre. C'est un fait qu'il y a une pénurie de professionnels de la santé, une situation qui se fait d'autant plus sentir lorsqu'il est question de professionnels de la santé pouvant s'exprimer en français et en mesure de desservir les communautés francophones hors Québec. Il importe selon l'étude de renforcer la formation des étudiants en français aussi près que possible de leur milieu d'origine de sorte qu'ils puissent exercer leur profession au sein de leur communauté et dans leur langue. Car si ces personnes obtiennent leur formation en dehors de leur communauté, les chances qu'ils reviennent dans leur communauté diminuent, c'est sûr.

Le cinquième levier est celui de l'information, de la recherche et de la sensibilisation. Il est nécessaire de mieux connaître l'état de santé et les besoins des francophones en situation minoritaire. Le manque de données précises à ce sujet rend plus difficile toute planification et mise en œuvre d'une stratégie proactive pour améliorer la situation.

Parmi les pistes de solutions, le rapport parle de conditions pour une stratégie gagnante. On suggère entre autres la reconnaissance des différences régionales en raison de l'accès actuel et potentiel aux services de santé en français qui varient d'une région à une autre. Il ne saurait y avoir une recette unique. D'où l'importance de considérer les spécificités des diverses communautés. Le besoin d'agir simultanément sur l'offre et la

specifically with respect to support for institutions and government authorities in their efforts to step up the use of French as well as the necessity to encourage citizens to clearly express their needs.

Thirdly, there is a need for concerted effort by the five stakeholder groups, as was recommended, incidentally, by the World Health Organization. These five groups are health professionals, health managers, political decision-makers, teaching establishments and communities. These five partners must work closely together in a unified effort to improve accessibility.

Finally, it is important to involve francophones in the decision-making structure as well as in managing health establishments so that French will be respected and reflected in the services that are delivered. The report also recommends a general action strategy that would reflect the action levers and winning conditions; the study put forward a four-pronged general strategy for the consultative committee. First, ensuring the expression of needs — of course, if francophones outside Quebec do not always express their needs, the government will be less aware of the requirement to serve them in their mother tongue — creating points of convergence, guaranteeing continuity of services in French and developing new models for delivery. These are the solutions that were submitted to the consultative committee.

The study proposes minimal, basic and advanced levels of service for access to health promotion services, primary and community care, general care in institutions, and specialized care in institutions. The minimal service level would usually consist of access to tools such as a directory of professionals, and documentation in French, while the basic service would involve reception and intake, and access to translation services. Advanced service would be professional services offered in French.

I would like to relate the report we have just discussed with the one that was submitted to the federal Minister of Health. The report we presented was called "L'étude de santé en français" and it was intended to help the advisory committee to better understand the situation and prepare the solutions that would be submitted to the Minister of Health. The consultative committee was most interested in the suggestions for conditions that would lead to success and the five intervention levers, the latter being used as a basis for the consultative committee's recommendations.

These are the strategies outlined by the consultative committee for Health Canada. The committee suggested an initiative, an integrated five-year plan based on the five action levers which are networking, training, intake facilities, strategic technology and information, and finally, research and raising awareness. The committee more specifically recommends creating 20 provincial and territorial networks that would be coordinated by a national secretariat. The creation and organization of these francophone

demande est recommandé, plus particulièrement l'appui aux institutions et autorités gouvernementales dans leurs efforts de francisation et dans la nécessité d'encourager les citoyens à exprimer clairement leurs besoins.

Troisièmement, la nécessité d'un effort concerté par les cinq groupes d'intervenants, comme d'ailleurs le recommande l'Organisation mondiale de la santé. Ces intervenants principaux étant les professionnels de la santé, les gestionnaires de la santé, les décideurs politiques, les établissements d'enseignement et les communautés. Ces cinq partenaires doivent travailler étroitement ensemble afin d'unir leurs efforts pour améliorer l'accessibilité.

Dernièrement, l'importance d'impliquer les francophones dans la structure décisionnelle et la gouvernance des établissements de santé pour que la place du français soit respectée et reflétée dans la prestation des services. Le rapport recommande aussi une stratégie générale d'action à la lumière des leviers d'action et des conditions gagnantes, l'étude propose une stratégie générale au comité consultatif qui consiste en quatre éléments. Premièrement, assurer l'expression des besoins — il est certain que si les francophones hors Québec n'expriment pas toujours leurs besoins, cela réduit un peu la sensibilisation des gouvernements à les servir dans leur langue maternelle, — créer des lieux de convergence, garantir la continuité des services en français et développer des nouveaux modes de livraison. Ce sont donc les pistes de solutions proposées au comité consultatif.

L'étude propose des modèles de service à niveau minimal de base et avancés pour favoriser l'accès aux programmes de promotion de la santé aux soins primaires et communautaires, aux soins généraux en établissement et aux soins institutionnels spécialisés. Le niveau minimal de services consiste généralement à l'accès à des outils tels qu'un répertoire de professionnels, de la documentation en français alors que le service de base proposé propose des services de base tels que l'accueil et la réception, l'accès à des services de traduction. Le service avancé vise la prestation de services professionnels en français.

Je voudrais faire le lien entre ce rapport dont on vient de discuter et celui qui a été déposé auprès du ministre fédéral de la Santé. Le rapport dont on a discuté s'appelle «L'étude de santé en français» et il visait à aider le comité aviseur, le comité consultatif, à mieux comprendre la situation et à mieux arrêter les solutions à proposer au ministre de la Santé. Le comité consultatif a particulièrement retenu pour son rapport les conditions de succès suggérées et les cinq leviers d'intervention proposés. Ces derniers étant à la base des recommandations des comités consultatifs.

Voici donc les stratégies proposées par le comité consultatif à Santé Canada. Le comité a suggéré une initiative, un plan quinquennal intégré fondé sur les cinq leviers d'action soit: le réseautage, la formation, les lieux d'accueil, la technologie et l'information stratégique et finalement, la recherche et la sensibilisation. Le comité plus particulièrement recommande la création de 20 réseaux provinciaux et territoriaux coordonnés par un secrétariat national. La mise en place et le fonctionnement de

community networks will bring together partners for planning, development and support for the delivery of health services in French.

Secondly, a network for workforce training in French should be established; this would be done through \$15 million in government funding that would provide for training and the creation of a French training network from the very outset.

Third would come an infrastructure and intake facilities that would allow francophones outside Quebec to have access to primary care in their mother tongue.

On page 18 we discuss two other levers, namely technology and strategic information. The committee recommends a gradual implementation of a health infrastructure and finally, the establishment of a chair or, at the very less, some networking initiative to connect researchers, while increasing the awareness of the other federal organizations to the need for inclusion of the language and culture-related variables in their work.

I would now like to deal with the department's considerations and constraints before explaining what we have done in terms of action and investment. The committee report has not yet been given an official response. I will explain why. The department's response to these recommendations must take into account certain constraints and considerations, among them, the fields of jurisdiction, the sharing of jurisdiction between the federal, provincial and territorial governments, since access relates mainly to provincial and territorial jurisdiction. These governments are responsible for primary care. We were expecting a budget to be brought down in 2002 but that did not happen because of the events of last September 11. The federal budget on December 10, 2002, included no new funding for Health Canada and we know that new investments will be required. However, in the aftermath of September 11, the fiscal climate is much different than it was when we began this undertaking in the spring of 2000. We must also consider the recommendations that have not yet been sent to the minister responsible for the consultative committee for minority anglophone communities, that is to say, anglophones living in Quebec. There are a million of them. A report will be tabled shortly. It is therefore advisable to wait until this report is made public in order that we might join our efforts to better respond to the priorities of the two communities.

We must also consider the official languages renewal initiative led by Minister Dion. We want to ensure that these proposals will truly be part of the global strategy that Minister Dion has proposed and will be bringing forward.

Finally, we are happy and eager to continue working in close partnership with the Department of Canadian Heritage which has helped us from time to time and is co-funding some of the projects that we have approved. réseaux communautaires francophones permettraient de rallier les partenaires pour la planification, le développement et l'appui à la prestation des services de santé en français.

Deuxièmement, l'établissement d'un réseau de formation en français pour former la main-d'œuvre nécessaire, des crédits gouvernementaux de l'ordre de 15 millions de dollars par année seraient nécessaires pour assurer la formation et la création, dès les premières années, d'un réseau de formation en français.

Troisièmement, l'établissement d'infrastructure et de lieux d'accueil pour les francophones hors Québec qui leur permettrait de recevoir des soins de premières lignes dans leur langue maternelle.

À la page 18, on parle des deux autres leviers c'est-à-dire la technologie et l'information stratégique. Le comité recommande la mise en place graduelle d'une infrastructure de la santé et enfin, l'établissement d'une chaire ou, au moins, d'une initiative de réseautage entre les chercheurs sans oublier la sensibilisation des autres organismes fédéraux pour inclure les variables reliées à la langue et à la culture dans leurs travaux.

J'aimerais vous parler des contraintes et des considérations du ministère avant de parler de ce nous faisons au point de vue de nos actions et de nos investissements. Nous n'avons pas encore de réponse officielle au rapport du comité. Je vais vous expliquer pourquoi. La réponse de notre ministère à ces recommandations doit tenir compte de certaines contraintes et considérations en autres, les domaines de compétence, le partage de domaines de compétence entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux, les leviers reliés à l'accès relèvent principalement des domaines de compétences provinciale et territoriale. Ces gouvernements sont responsables de la prestation des soins primaires. Nous nous attendions à un discours sur le budget en 2002 et nous ne l'avons pas eu à cause des événements du 11 septembre dernier. Le budget fédéral du 10 décembre 2002, n'a alloué aucun nouveau financement à Santé Canada et on sait que de nouveaux investissements seront requis. Par contre, la conjoncture fiscale actuelle, depuis les événements de septembre, diffère de beaucoup par rapport au moment où la démarche fut entreprise au printemps de l'an 2000. Nous devons aussi considérer les recommandations qui ne sont pas encore déposées auprès de la ministre du comité consultatif des communautés anglophones en situation minoritaire, c'est-à-dire les anglophones au Québec. Il sont un million. Ils doivent déposer leur rapport bientôt. Il serait tout indiqué d'attendre la parution de ce rapport pour mieux concerter les efforts afin de mieux répondre aux priorités des deux communautés.

Une autre considération est l'initiative de renouvellement de la politique sur les langues officielles menée par le ministre Dion. Nous voulons nous assurer en bout de ligne que les propositions que nous ferons s'imbriqueront bien dans la stratégie globale que proposait et proposera le ministre Dion.

Finalement, nous voulons et nous sommes heureux de continuer à travailler en étroit partenariat avec le ministère du Patrimoine canadien qui nous aide quelques fois et cofinance certains des projets que nous approuvons.

What is our department doing to demonstrate its deep commitment to fostering the growth of francophone communities outside Quebec? The committee was created and funded by Health Canada. We have published and distributed the final committee report to the minister. We financed the "Santé en français" forum last November in Moncton during which the consultative committee officially submitted its report to Minister Rock. We support the development of this networking idea by providing funding currently for the preparation of a more concrete action plan so as to specify what measures must be taken in following up related recommendations made to the committee. We have and will continue to fund a number of projects for these communities either on our own or in partnership with the Department of Canadian Heritage. We estimate that almost \$8 million has been provided to minority official language communities over the past two years to fund projects that have made a difference within these communities. The amounts were granted through existing programs in response to requests made by the communities.

We will continue to work closely with the consultative committee and offer them support and listen to their suggestions while consulting with them so as to better target our intervention. We have taken steps to enhance the development of the envelope for minority official language communities through existing Health Canada programs and future programs such as the fund to adapt primary care. Mr. Hubert Gauthier was appointed to the board of directors of the Health Research Institutes. His appointment should help us to further emphasize the needs of the communities, something with which he is quite familiar. We will continue doing this through Health Canada's mandate. We continue to closely monitor the advice and opinions expressed by these committees so as to better target our response.

The Acting Chairman: Mr. Léger, have you anything to add to what Mr. Nouvet has told us?

Mr. Léger: I do not think so. Mr. Nouvet said everything there was to say.

[English]

The Acting Chairman: Please feel free to ask questions in English, if you prefer. Mr. Nouvet and Mr. Léger will understand.

[Translation]

Senator Comeau: I have a comment with respect to an expression used by Mr. Nouvet, "francophones outside Quebec." This expression raises the ire of a great number of Nova-Scotian francophones. We are not francophones outside Quebec, we are French Canadians or Acadians. We do not want to be identified in terms that relate to Quebec.

Que fait notre ministère pour démontrer l'engagement profond visant a favoriser l'épanouissement des communautés francophones hors Québec? Le comité a été créé et financé par Santé Canada. Nous avons publié et diffusé le rapport final du comité au ministre. Nous avons financé le forum «Santé en français» en novembre dernier à Moncton et au cours duquel le comité consultatif a déposé son rapport officiellement auprès du ministre Rock. Nous appuyons le développement de toute cette idée de réseautage en fournissant des fonds en ce moment pour l'élaboration d'un plan d'action plus concret afin de mieux préciser les mesures à prendre pour donner suite aux recommandations faites au comité en ce domaine. Nous avons financé et nous continuerons de financer plusieurs projets pour ces communautés seul ou en partenariat avec le ministère du Patrimoine canadien. Nous estimons avoir consacré près de 8 millions de dollars aux communautés de langues officielles minoritaires au cours des deux dernières années dans des projets concrets qui font la différence sur le terrain pour ces communautés. Ces sommes ont été octroyées à partir des programmes existants et en réponse aux sollicitations des communautés.

Nous allons continuer à travailler de très près avec les comités consultatifs et nous continuerons de les appuyer et d'obtenir leurs suggestions et de consulter avec eux pour mieux cibler nos interventions. Nous avons entrepris des démarches pour favoriser le développement de l'enveloppe pour les communautés de langues officielles en situation minoritaire au sein des programmes existants de Santé Canada et des programmes à venir tel que le fonds pour l'adaptation pour les soins primaire. M. Hubert Gauthier a été nommé au conseil d'administration des instituts de recherche en santé. Sa nomination devrait nous aider à mettre plus d'accent sur les communautés qu'il connaît bien. Nous allons poursuivre cette voie toujours en fonction du mandat de Santé Canada. Nous désirons toujours profiter des avis et des conseils que peuvent formuler ces comités pour être en mesure de mieux cibler notre réponse.

Le président suppléant: Monsieur Léger, avez-vous des commentaires à ajouter à ce que vient de dire M. Nouvet?

M. Léger: Je ne crois pas. M. Nouvet a fait part de tous les commentaires.

[Traduction]

Le président suppléant: N'hésitez pas à poser des questions en anglais, si vous préférez. M. Nouvet et M. Léger comprendront.

[Français]

Le sénateur Comeau: Je voudrais faire un commentaire au sujet de l'expression qu'a utilisée M. Nouvet, les «francophones hors Québec». Cette expression froisse beaucoup les Néo-écossais francophones. On n'est pas des francophones hors Québec, on est des Canadiens français ou des Acadiens. On ne veut pas se faire identifier avec des termes relatifs au Québec.

We often hear the expression "English Canada" and "French Quebec." Some people have trouble with these expressions. When I am told that I come from English Canada, it annoys me.

The report says that he have representatives from Manitoba, from New Brunswick and from Alberta. I see no one representing Nova Scotia, Newfoundland, Prince Edward Island or Saskatchewan. Why do you not have someone from each province?

Mr. Nouvet: We were not there when the committee was struck. I believe that when the committee was created, there had been some consultation with the FCFA. I cannot answer your question.

Senator Comeau: I think the report clearly demonstrates that each province has a different reality. When you have representatives from certain provinces, they reflect the interests and the will of their respective provincial governments.

What happens in New Brunswick is very different from what happens in Newfoundland and Nova Scotia. When such studies are undertaken, if you have representatives, it would be important to broaden the number of representatives or at least take that into consideration in the report. I will not quarrel with the results of your studies at this point. I am simply saying that it leaves you open to questions like the ones I am asking today.

Mr. Nouvet: Thank you for your observation. We will take that into account if we undertake any more studies. Besides having representatives from the provinces, for the community-related aspects, we have two representatives from Ontario, one from New Brunswick, one from the University of Saskatchewan and from the FCFA. The representation was somewhat broader than the question might have suggested, but I understand what you are getting at.

Senator Comeau: I see on this list that there are some individuals from Ontario and New Brunswick, but there is no one from Newfoundland, nor is there anyone from Nova Scotia.

Mr. Nouvet: I agree with you.

Senator Comeau: I have made myself clear. Before coming to the meeting this morning, I read the list of proposed witnesses and I saw that there will be witnesses from across Canada, save for Alberta, Nova Scotia, Saskatchewan and the Territories. The committee might want to have another look at the witness list.

The Acting Chairman: We will make a note of it.

Senator Comeau: You have stated that you cannot proceed at this time because health is a provincial jurisdiction. However, the provinces are also responsible for education. What would prevent you from using the same approaches as those used by the federal government in living up to its responsibilities for the development and growth of minority communities in education? Why could you not do that for health care?

On entendra souvent l'expression «Canada anglais» et «Québec français». Ces expressions posent des difficultés chez certains individus. Quand je me fais dire que je suis du Canada anglais, cela m'embête.

Le rapport dit que vous avez des représentants du Manitoba, du Nouveau-Brunswick et de l'Alberta. Je ne vois pas de représentants de la Nouvelle-Écosse, de Terre-Neuve, de l'Île-du-Prince-Édouard ni de la Saskatchewan. Pourquoi n'y a-t-il pas de représentants dans toutes les provinces?

M. Nouvet: Nous n'étions pas en poste lorsque le comité a été formé. Il me semble quand ce comité a été formé, il y a d'abord eu consultation avec la SCFA. Je n'ai pas de réponse à votre question.

Le sénateur Comeau: Je crois que le rapport démontre clairement que les réalités de chacune des juridictions provinciales sont très différentes. Quand vous avez des représentants de certaines provinces, ils représentent les intérêts guidés par la volonté des gouvernements provinciaux.

La réalité au Nouveau-Brunswick est très différente de celle de Terre-Neuve et de la Nouvelle-Écosse. Lorsque des études de ce genre sont faites, si vous avez des représentants, il serait important d'élargir un peu le nombre de représentants ou que cela soit pris en considération dans les rapports. Je ne ferai pas exception avec les résultats de votre étude à ce moment-ci. Je vous dis seulement que cela vous ouvre un peu à des questions comme celles que je vous pose aujourd'hui.

M. Nouvet: Je vous remercie de votre observation. On en tiendra compte si on doit entreprendre d'autres études. En plus des représentants des provinces, nous avons, dans le cadre de la partie communautaire, deux représentants de l'Ontario, un du Nouveau-Brunswick, une de l'Université de la Saskatchewan et de la FCFA. La représentation était un peu plus large que ce qui a été suggéré au début de la question, mais je comprends très bien votre observation.

Le sénateur Comeau: Je vois dans cette liste quelques individus de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick, mais personne de Terre-Neuve ni de la Nouvelle-Écosse.

M. Nouvet: Je suis d'accord avec vous.

Le sénateur Comeau: Mon message est passé. Avant d'arriver à notre rencontre de ce matin, j'ai examiné la liste des témoins envisagés et j'ai vu qu'on prévoyait faire comparaître des témoins d'un peu partout au Canada, sauf de l'Alberta, de la Nouvelle-Écosse, de la Saskatchewan et des territoires. Peut-être le comité pourrait-il reconsidérer sa liste de témoins.

Le président suppléant: On va prendre cela en note.

Le sénateur Comeau: Vous avez indiqué que vous ne pouviez procéder à ce moment-ci parce que les soins de santé sont de juridiction provinciale. Par contre, l'éducation est aussi de juridiction provinciale. Qu'est-ce qui vous empêche d'utiliser les mêmes approches que celles utilisées par le gouvernement fédéral pour faire face à ses responsabilités pour le développement et l'épanouissement de communautés minoritaires en éducation? Pourquoi ne pas vous en servir dans le cas des questions de santé?

Mr. Nouvet: Nothing prevents us from examining that possibility and we might indeed do that with the strategy we will be bringing forward and which is part of the plan that Minister Dion is preparing. I cannot tell you any more at this time. Of course, this is something that we will have to give serious thought to, because funding that type of service requires a long-term commitment.

Senator Comeau: Yes, it certainly involves a long-term commitment since you must ensure some stability if the federal government becomes involved. Have you consulted the provinces to see whether they might be open to examining and implementing these programs?

Mr. Nouvet: Not to my knowledge. First of all, we must have a close look at this along with the consultative committee to see if we are really ready to consider that type of formula and after that, of course we would consult. It would be premature to do it now.

Senator Comeau: Does the consultative committee still exist?

Mr. Nouvet: Absolutely.

Senator Comeau: Could you broaden the membership of the consultative committee?

Mr. Nouvet: We are meeting at the end of May and this is certainly one of the subjects that we could put on the agenda for our next meeting.

The Acting Chairman: Senator Gauthier, before you begin, as I said a little earlier, before you arrived, the committee is extremely grateful for the work that you are doing. It is thanks to what you have done that we are having this debate and proceeding with this study. On behalf of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology I would like to thank you for the work that you have done.

Senator Gauthier: Thank you, that is very kind. More than anything else, I am seeking information. There is an organization called "Intergovernmental Francophone Affairs." The coordinator-facilitator is Edmond LaBossière. He lives in Manitoba. Have you had any dealings with this organization?

Mr. Nouvet: Yes. I was not familiar with the organization, because I have only been at Health Canada for a month and a half, but I want to point out that Mr. LaBossière is a member of the advisory committee.

Senator Gauthier: Mr. LaBossière is a key player. I know Mr. LaBossière as I have met him a few times. First of all, each province and territory has a coordinator. I would like to have the list of resource persons. The Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology would greatly benefit from that. You neglected to mention that Ontario was not included. However, there are 500,000 francophones in Ontario.

M. Nouvet: Rien ne nous empêche d'examiner cette possibilité et peut-être sera-t-elle examinée dans le cadre de la stratégie qu'on mettra de l'avant et qui s'inscrirait dans le plan de renforcement que prépare le ministre Dion. Je ne peux pas vous en dire plus à ce stade-ci. Bien sûr, c'est une chose à laquelle il faudrait réfléchir très longuement parce que c'est un engagement à long terme et de façon continue pour financer ce genre de services.

Le sénateur Comeau: Oui, il y a certainement une question de s'engager à long terme parce qu'il faut que la stabilité soit assurée si le gouvernement fédéral se lance là-dedans. Avez-vous entrepris des consultations auprès des juridictions provinciales pour voir s'ils étaient réceptifs à l'examen et à l'implantation de ces programmes?

M. Nouvet: Non, pas à ma connaissance. D'abord, il est important d'étudier et d'approfondir à l'interne et en consultation avec le comité consultatif pour voir si vraiment on est prêt à considérer ce genre de formule et par la suite, c'est sûr qu'il y aurait consultation. Il serait prématuré de le faire maintenant.

Le sénateur Comeau: Le comité consultatif existe toujours?

M. Nouvet: Absolument.

Le sénateur Comeau: Y a-t-il moyen que vous élargissiez le comité consultatif?

M. Nouvet: On se réunit à la fin du mois de mai et c'est certainement un des sujets qu'on pourra amener lors de notre prochaine rencontre.

Le président suppléant: Sénateur Gauthier, avant que vous ne commenciez, j'ai dis un peu plus tôt, soit avant que vous ne participiez aux travaux, jusqu'à quel point le comité est reconnaissant du travail que vous avez fait. C'est vraiment grâce à votre travail si aujourd'hui on participe à ce débat et si le comité procède à cette étude. Au nom du Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie, je vous remercie pour le travail que vous avez fait.

Le sénateur Gauthier: C'est gentil de votre part, je vous remercie. Je cherche de l'information plus qu'autre chose. Il y a un organisme qui s'appelle «Affaires francophones intergouvernementales». Le coordinateur-facilitateur s'appelle Edmond LaBossière. Il est au Manitoba. Est-ce que vous avez des relations avec cette organisation?

M. Nouvet: Oui. Je ne connaissais pas l'organisation parce que je suis à Santé Canada depuis un mois et demi seulement, mais je remarque que M. LaBossière fait partie du comité consultatif.

Le sénateur Gauthier: M. LaBossière est une clé importante. Je connais M. LaBossière pour l'avoir rencontré quelques fois. Premièrement, dans chaque province et territoire, il y a un coordonnateur. J'aimerais recevoir cette liste de personnes ressources. Le Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie en profiterait beaucoup. On a oublié de mentionner que l'Ontario n'était pas inclus. Pourtant, il y a 500 000 francophones en Ontario.

Second, you talked about Mr. Dion's plan. The term you used was "the reinforcement plan." I do not know where that wording comes from.

Mr. Nouvet: I made it up.

Senator Gauthier: Are you directly involved in Mr. Dion's action plan?

Mr. Nouvet: We are directly involved. We are working in cooperation with the team responsible for the matter at the Privy Council. We intend to prepare our response to this action plan.

Senator Gauthier: Mr. Dion has no money. His department is not organized in the same way as the others are. He is a coordinator. Earlier on, you mentioned that \$15 million had been set aside for or made available to communities. Can you give me a breakdown of the money?

Mr. Nouvet: Are you referring to the adaptation fund to improve primary care?

Senator Gauthier: That is correct.

Mr. Nouvet: The \$15 million has not yet been invested. As I see it, the fund covers a certain period of time and the breakdown and distribution by region is not available. The amount targets francophone and Acadian communities outside Quebec and anglophone communities in Quebec. We plan to work in close cooperation with the advisory committees to determine what needs to be done.

Senator Gauthier: Since you are 1 of the 29 federal institutions that must file an annual report with Ms Copps at the Department of Canadian Heritage, could you send us a copy of your most recent report?

Mr. Nouvet: Absolutely.

Senator Gauthier: And provide specific reference to the steps you have taken to improve the situation outside Quebec in particular. Can you send me a copy?

Mr. Nouvet: Yes, Senator Gauthier.

Senator Gauthier: Under the current negotiations, some structures are funded by the federal government. There are, for example, agreements between the University of Ottawa and the Montfort Hospital. I think that \$10 million has been earmarked for training health care professionals.

Mr. Nouvet: Over a three-year period, yes.

Senator Gauthier: There is an agreement between the Dumont Hospital in New Brunswick and the University of Sherbrooke. Has the federal government provided any funding for training?

Mr. Nouvet: My understanding of the situation is that the \$10-million fund, which is spread over three years and comes from the Department of Canadian Heritage, will be wrapped up at the end of this fiscal year. When we talk about the need for a

Deuxièmement, vous avez parlé du plan de M. Dion. Le terme que vous avez utilisé a été «le plan de renforcement». Je ne sais pas d'où vient ce terme.

M. Nouvet: Je l'ai improvisé.

Le sénateur Gauthier: Êtes-vous impliqué directement dans le plan d'action de M. Dion?

M. Nouvet: Nous sommes impliqués directement. Nous travaillons en collaboration avec l'équipe qui s'en occupe au Conseil privé. Nous avons l'intention d'élaborer notre réponse dans le cadre de ce plan d'action.

Le sénateur Gauthier: Monsieur Dion n'a pas d'argent. Son ministère n'est pas organisé comme les autres. Il est là pour coordonner. Tantôt, vous avez mentionné que quinze millions de dollars ont été prévus ou mis à la disposition des communautés. Pouvez-vous me donner la ventilation de cette somme d'argent?

M. Nouvet: Vous parlez du fonds d'adaptation pour améliorer les soins primaires?

Le sénateur Gauthier: C'est cela.

M. Nouvet: Ces quinze millions de dollars n'ont pas encore été investis. Ce fonds, à mon avis, couvre une certaine période d'années et il n'y a pas de ventilation et de répartition disponibles pour chaque région. Cette somme d'argent vise les communautés francophones et acadienne hors Québec et les communautés anglophones au Québec. Nous avons l'intention de travailler en étroite collaboration avec les comités consultatifs pour connaître les dispositions à prendre.

Le sénateur Gauthier: Étant une des 29 institutions fédérales qui doivent déposer annuellement des rapports avec Mme Copps au ministère du Patrimoine canadien, pourriez-vous nous transmettre copie de votre dernier rapport?

M. Nouvet: Absolument.

Le sénateur Gauthier: Et porter aussi une référence particulière à vos efforts pour essayer de bonifier la question des francophones hors Québec en particulier. Pouvez-vous m'en transmettre une copie?

M. Nouvet: Oui, sénateur Gauthier.

Le sénateur Gauthier: Dans les négociations en cours, certaines structures sont financées par le gouvernement fédéral. Il y a des ententes, par exemple, entre l'Université d'Ottawa et l'hôpital Montfort. Je pense qu'une somme de dix millions de dollars est consacrée à la formation des professionnels de la santé.

M. Nouvet: Sur une période de trois ans, oui.

Le sénateur Gauthier: Il y a une entente entre l'hôpital Dumont du Nouveau-Brunswick et l'Université de Sherbrooke. Le fédéral a-t-il contribué des sommes d'argent pour la formation?

M. Nouvet: Ma compréhension des choses est que le fonds de dix millions de dollars, qui s'étale sur trois années et qui provient du ministère du Patrimoine canadien, se terminera à la fin de cette année fiscale. Lorsqu'on parle d'un besoin de consortium qui

consortium that would involve more community colleges and universities, we are thinking about a way of renewing this initiative, which was successful.

Senator Gauthier: Have you analyzed this initiative for the University of Ottawa and the Montfort Hospital? What results have your investments led to? I believe the amount is \$10 million for Ottawa, New Brunswick and Sherbrooke. Can you give us a breakdown for that amount.

Mr. Léger: It was only for the National Health Care Training Centre, over three years. There were no other investments, as far as I know, in this area.

Senator Gauthier: There was a \$10 million fund invested over three years. How much money was spent on the agreement between the University of Ottawa and the Montfort Hospital? How much money went to the University of Sherbrooke and the Dumont Hospital?

Mr. Nouvet: I am not familiar with the details of the initiative, because I have not had time to examine them. This is a Canadian Heritage initiative. I think it would be more realistic for the Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology to obtain that information from Canadian Heritage. If I had that information, I would share it with you.

Senator Gauthier: There is nothing for Manitoba for the time being.

Mr. Nouvet: I think that an investment is currently being made in Manitoba. I had three or four meetings with Mr. Hubert Gauthier, and it seems to me that there is an arrangement with the Saint-Boniface College.

Senator Gauthier: In terms of the networking we will be dealing with, do you have any information on telemedicine and satellite radiology?

Mr. Nouvet: Telemedicine is not part of this new networking idea. The advisory committee is currently working on its vision on that with a view to submitting a business plan. The questions you are raising with respect to telemedicine and telenetworking would be to a larger extent linked to investment for technology infrastructure. Some projects are underway as part of an initiative called "CHIPP" in English — I do not know what it is called in French — Mr. Léger could tell you about it, as it involves some of these technologies.

Mr. Léger: It is a contribution fund, that has now been wrapped up, that sponsored 29 different projects for the advancement and use of technology in the health field. In New Brunswick, one of the projects that resulted from this contribution fund is a project on teleoncology that was designed to serve the French Canadians in this region. Other projects have been funded through this program.

I want to emphasize the difference between networking and telemedicine. They are two totally different notions according to the committee report. The networking that we are talking about is not technological in nature. Instead, it involves a group of individuals who want to get involved in their region to advance

impliquerait plus d'universités et de collègues communautaires, on songe à la façon de reconduire cette initiative qui a porté fruit.

Le sénateur Gauthier: Avez-vous analysé ces expériences pour l'Université d'Ottawa et pour l'Hôpital Montfort? Quels sont les résultats de votre investissement? Je crois que le montant est de dix millions de dollars pour Ottawa, le Nouveau-Brunswick et Sherbrooke. Pouvez-vous nous donner une ventilation de cette somme d'argent?

M. Léger: C'était seulement pour le Centre national de formation de la santé réparti sur trois ans. Il n'y a pas eu d'autres investissements, à ma connaissance, sur ce sujet.

Le sénateur Gauthier: Il y a eu un fonds de dix millions de dollars d'investi sur trois ans. Quelle somme d'argent a été dépensée pour l'entente entre l'Université d'Ottawa et l'Hôpital Montfort? Quelle somme d'argent a été dépensée pour l'Université de Sherbrooke et l'hôpital Dumont?

M. Nouvet: Je ne connais pas les détails de cette initiative parce que je n'ai pas eu le temps de l'examiner. Cette initiative relève de Patrimoine Canada. Je pense qu'il serait plus réaliste pour le Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie de recueillir cette information auprès de Patrimoine Canada. Si j'avais des informations, je les partagerais avec vous.

Le sénateur Gauthier: Il n'y a rien au Manitoba pour l'instant.

M. Nouvet: Je pense qu'un investissement se fait présentement au Manitoba. J'ai eu trois ou quatre rencontres avec M. Hubert Gauthier et il me semble qu'il y a un arrangement avec le collège de Saint-Boniface.

Le sénateur Gauthier: Au niveau du réseautage auquel on va faire face, avez-vous de l'information sur la télémédecine, et la radiologie par satellite?

M. Nouvet: La télémédecine ne fait pas partie de cette idée de réseautage. Le comité consultatif est en train d'approfondir sa vision pour cela afin de soumettre un plan d'affaire. Les questions que vous soulevez par rapport à la télémédecine et au téléréseautage seraient plus reliées à l'investissement pour une infrastructure technologique. Certains projets sont en marche dans le cadre d'une initiative qu'on appelle «CHIPP» en anglais — je ne connais pas le terme en français — dont M. Léger pourrait vous parler et qui implique certaines de ces technologies.

M. Léger: C'est un fonds de contribution, maintenant fermé, qui a parrainé 29 différents projets pour l'avancement et l'utilisation des technologies dans le domaine de la santé. Au Nouveau-Brunswick, un des projets qui est ressorti de ce fonds de contribution est un projet de téléoncologie qui était destiné à desservir les populations de Canadiens français dans cette région. D'autres projets ont été subventionnés à partir de ce programme.

Je veux insister sur les différences entre le réseautage et la télémédecine. Ce sont deux notions totalement différentes selon le rapport du comité. Le réseautage dont il est question ici n'est pas technologique. Il s'agit plutôt d'un regroupement d'individus qui veulent intervenir dans leur région pour faire avancer la cause des

the cause of French Canadians in other provinces. Telemedicine or telehealth provides medical assistance to francophones when it is impossible for them to obtain specialist services in their mother tongue. Health Canada has done considerable work in that area in developing its information highway on the Internet. Networking will enable many individuals to come together and to be able to make a difference in advancing the cause.

Senator Pépin: There was no budget. Nor did you receive funding to start up your system, but has Health Canada put forth a project to follow up on the recommendations presented at the forum that was held in Moncton in 2001?

Mr. Nouvet: We are currently funding a \$300,000 project, which is being headed by the Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada. The main objective is to clarify what is meant by networking and to provide us with a business plan for investing in this initiative. The business plan should help prepare the strategy that will part of Minister Stéphane Dion's action plan.

Moreover, we plan to invest in pilot initiatives starting this year. We have not yet clarified which initiatives, but we have funds available to do so. We will not have to wait for the action plan. This year, we foresee investing in consultation with the advisory committee to do the groundwork so if the funds are available the next fiscal year, we will be in a position to start up new projects very quickly.

Senator Pépin: Members of some provincial governments were members of the advisory committee. Didn't that create a mutual aid network among the members of the various provincial governments and the federal government to determine where they could take action and to determine more quickly what needs to be done?

Mr. Nouvet: Of course, we want to work in close cooperation with the provincial and territorial governments. The door is open for the federal government to take action and invest in the area of networking. The federal government can get involved in the area of training that I mentioned. It might well be more complicated in terms of primary care, because it is a provincial and territorial jurisdiction. The partnership will have to be established on a very clear and official basis that would ideally lead to a commitment by the provinces to also continue with networking.

Senator Pépin: The government can initiate networking. You have some pilot projects that you want to start putting in place in this area. Can we hope they will be implemented this fiscal year?

Mr. Nouvet: Yes, Senator Pépin.

Senator Pépin: Appointing Mr. Hubert Gauthier to the board of the Canadian Institutes of Health Research would perhaps be an officious ways of creating a chair for the networking initiative.

Canadiens français dans les autres provinces. La télémédecine ou télésanté vient en aide aux francophones lors de situations de nature médicale, quand il est impossible d'obtenir le service de spécialistes dans sa langue maternelle. Santé Canada travaille énormément sur cet aspect dans son développement de l'inforoute sur le réseau Internet. Le réseautage permettra à beaucoup d'individus de se rassembler et de pouvoir faire la différence dans l'avancement de la cause.

Le sénateur Pépin: Il n'y a pas eu de budget. Vous n'avez pas reçu de financement non plus pour démarrer votre système, mais Santé Canada a-t-il mis de l'avant un projet pour faire suite aux recommandations présentées au forum qui a eu lieu à Moncton en 2001?

M. Nouvet: On finance en ce moment un projet de 300 000 dollars, lequel est mené par la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada. L'objectif principal consiste à préciser ce qu'on entend par réseautage et de nous donner un plan d'affaires pour l'investissement dans cette initiative. Ce plan d'affaires pourrait servir à meubler la stratégie qui fera partie du plan d'action du ministre Stéphane Dion.

De plus, on prévoit investir dans des initiatives-pilotes dès cette année. On n'a pas encore précisé de quelles initiatives il est question, mais on a des fonds disponibles pour le faire. On ne sera pas obligé d'attendre le plan d'action. On prévoit faire des investissements cette année en consultation avec le comité consultatif pour préparer le terrain au cas où les fonds seraient disponibles l'année fiscale suivante afin qu'on puisse démarrer très rapidement de nouveaux projets.

Le sénateur Pépin: Les membres de certains gouvernements provinciaux ont fait partie du comité consultatif. Cela n'a-t-il pas créé un réseau d'entraide entre les membres des différents gouvernements provinciaux et ceux du gouvernement fédéral à savoir sur quoi ils pouvaient agir afin de déterminer plus tôt ce qui est à faire?

M. Nouvet: Bien sûr, on veut travailler en étroite collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux. Le champ est libre pour le gouvernement fédéral d'agir et d'investir dans le domaine du réseautage. Le gouvernement fédéral peut agir dans le domaine de la formation dont on parle. C'est sur le plan des soins primaires que cela risque d'être plus compliqué, car il s'agit de compétences provinciales et territoriales. Le partenariat devra être établi sur des bases claires et officielles qui engagerait idéalement les provinces à continuer également le réseautage.

Le sénateur Pépin: Le gouvernement peut initier le réseautage. Vous avez certains projets-pilotes que vous désirez mettre en place dès maintenant à ce sujet. Peut-on en espérer la mise en application dès la présente année fiscale?

M. Nouvet: Oui, sénateur Pépin.

Le sénateur Pépin: La nomination de M. Hubert Gauthier au conseil d'administration des Instituts de recherche en santé serait peut-être de bon augure pour créer une chaire à l'initiative du réseautage.

[English]

Senator Fairbairn: I have two questions. In your references to Canadian Heritage projects, were you referring to language projects, or are there other projects within Canadian Heritage with which you have been associated?

Mr. Nouvet: We were referring to other projects. The Interdepartmental Partnership with the Official-Language Communities, IPOLC, is a fund, whereby, when we approve or invest in projects in the health sector that will serve the community, Heritage Canada will provide matching funds.

Mr. Léger: Over the past two years, Heritage Canada has contributed about \$1.9 million, and we have matched that amount for these projects.

These projects are in various domains of health. It could be a project to help single mothers. There are many projects that assist French communities. Heritage Canada matches the dollar amount because those projects, although specific to various areas of health, contribute to providing better services to French Canadians in other provinces.

Mr. Nouvet: They also help us to meet our obligations under Part VII of the Official Languages Act.

Senator Fairbairn: It might be useful, Dr. Morin, if it is not too difficult, to have a breakdown of those projects.

Mr. Léger: We can certainly provide that.

Senator Fairbairn: I am from Alberta where there is a relatively small francophone population, though it is a significant part our history. I know that the association is extremely lively.

If you were to look at the Province of Alberta, in your study, where would your contacts be? Would they be, mainly, in the two major cities? Often, part of the populations of some of the smaller communities in Alberta is francophone, and that is because of their historic background.

How would you target areas in Alberta? Could you also explain the degree of cooperation and collaboration you have with the provincial government in Alberta?

Mr. Nouvet: We plan to invest the money that is available this year in consultation with the advisory committee. We have limited funds, and we want the advisory committee to tell us what their priorities are.

We know, for example, their number one priority is networking. We expect to invest a fair amount in networking, but not to the extent that the committee is hoping to do in the future, which is about \$5 million a year.

We have not yet held our meeting with the advisory committee, and people from Alberta are on that advisory committee. We want to spread the money as much as possible, but still have some significant experiences that will serve us to build on initiatives in the future.

[Traduction]

Le sénateur Fairbairn: J'ai deux questions. À propos des projets de Patrimoine canadien, parliez-vous des questions de langue ou d'autres projets de Patrimoine canadien auxquels vous auriez été associés?

M. Nouvet: D'autres projets. Le Partenariat interministériel avec les communautés des langues officielles (PICLO) est une enveloppe qui permet à Patrimoine canadien de doubler les fonds que nous approuvons ou investissons dans des projets liés à la santé.

M. Léger: Ces deux dernières années, Patrimoine canadien a mis environ 1,9 million de dollars et nous en avons mis autant pour ces projets.

Cela touche à divers domaines de la santé. Il peut y en avoir un pour aider les mères célibataires. Il y en a beaucoup qui aident les collectivités locales francophones. Patrimoine canadien double les fonds parce que ces projets, bien qu'ils concernent les divers domaines de la santé, contribuent à offrir un service meilleur aux Canadiens français d'autres provinces.

M. Nouvet: Cela nous permet d'autre part de satisfaire à nos obligations en vertu de la Partie VII de la Loi sur les langues officielles.

Le sénateur Fairbairn: Docteur Morin, il serait peut-être utile, si ce n'est pas trop difficile, d'obtenir une ventilation de ces projets.

M. Léger: Nous pourrions certainement vous la fournir.

Le sénateur Fairbairn: Je viens de l'Alberta où il y a une population francophone relativement modeste même si c'est un élément important de notre histoire. Je sais que l'association est extrêmement vivante.

Si vous considériez l'Alberta, dans votre étude, où seraient vos contacts? Est-ce que ce serait essentiellement dans les deux grandes villes? Il arrive souvent qu'une partie de la population de plus petites collectivités locales en Alberta soit francophone du fait de son origine historique.

Comment ciblez-vous les régions en Alberta? Pourriez-vous également expliquer le degré de coopération et de collaboration que vous avez avec le gouvernement provincial en Alberta?

M. Nouvet: Nous avons l'intention d'investir l'argent disponible cette année dans des consultations avec le comité consultatif. Les fonds sont limités et nous voudrions que ce comité nous dise quelles sont ses priorités.

Nous savons, par exemple, que sa première priorité est le réseautage. Nous pensons investir pas mal là-dedans mais pas au point que le souhaiterait le comité, à savoir environ 5 millions de dollars par an.

Nous n'avons pas encore eu notre rencontre avec le comité consultatif et il y a des gens de l'Alberta au sein de ce comité. Nous voulons répartir cet argent autant que possible tout en réalisant certaines choses qui nous permettront de faire davantage à l'avenir.

I have not had any conversations with officials from the Alberta government on primary care. For us to be involved the primary care area requires collaboration with the provincial government and a partnership. It requires either co-funding or a commitment for the province to take over the financing after a certain point. I am not aware of us having had any conversation like that.

However, we have had some conversations in that regard in other areas. The Yukon Territory is a perfect example. We have asked the territory, "Are you ready to co-fund this project? If not, at a minimum, are you ready to commit to continuing the service once we have launched it?"

Senator Fairbairn: I wish you well.

The Acting Chairman: I would point out that the chair of the Francophone Communities of Canada is from Edmonton and he appeared before our committee when we were there. He is a very articulate and influential person.

[Translation]

Senator Losier-Cool: I am happy that we are talking about health care services in French. I would have been even happier if it had started 10 years ago. My question is linked to a question of principle in the Official Languages Act. Sections 41 and 42 of the Official Languages Act clearly state the federal government is committed to enhancing the vitality of these communities. The vitality of these communities will be even better if the people are healthy. As a certain comedian once said: "It is better to be rich and healthy than poor and sick."

I want to bring the discussion back to the sixth principle that is often presented by minority communities. The Canada Health Act contains a sixth principle, that of linguistic duality in health. We have recognized it in the area of education. Education for francophone minorities throughout the country is accessible. That is not yet the case for health care. Research shows that 50 to 55 per cent of francophones can receive health care in their own language, while it is seven times more for anglophones in a minority situation. I would like to hear your comments on this sixth principle. The issue of health care in French is Canada's social union. Did your committee address that?

This sixth principle leads me to my second question on the profile of people living in a minority. In other words, research has shown that people in British Columbia are healthier, because they have the infrastructure that enables them to be healthier. Has anyone done a profile of francophones? Are more of them obese? Are their lifestyles different? In the end, it always goes back to the first principle.

Mr. Nouvet: I'm going to start by answering your last question. As the report prepared by the FCFA shows, we do not have reliable statistics that enable us to answer this question as to whether francophone minorities are as healthy or less healthy than the anglophone majority. Except that, as I mentioned in the presentation, francophones have lower levels of education than anglophones, and they are less present in the workforce. These

Je n'ai pas eu d'entretiens avec les fonctionnaires de l'Alberta en ce qui concerne les soins primaires. Pour que nous intervenions dans ce secteur, nous devons collaborer et avoir un partenariat avec le gouvernement provincial. Cela exige un cofinancement ou un engagement de la province à financer le projet à partir d'un certain moment. Je ne pense pas que nous ayons eu d'entretiens à ce sujet.

Toutefois, nous en avons eus dans d'autres régions. Le Territoire du Yukon est un exemple parfait. Nous avons demandé: «Êtes-vous prêts à cofinancer ce projet? Sinon, au minimum, seriez-vous prêts à vous engager à maintenir ce service lorsque nous l'aurons lancé?»

Le sénateur Fairbairn: Je vous souhaite bonne chance.

Le président suppléant: Je signalerais que le président des Communautés francophones au Canada est d'Edmonton et qu'il a comparu devant notre comité quand nous étions là-bas. C'est quelqu'un de très influent et très intelligent.

[Français]

Le sénateur Losier-Cool: Je suis heureuse que l'on parle des services de santé en français. J'aurais été encore plus heureuse si c'était arrivé il y 10 ans. Ma question s'approche d'une question de principe de la Loi sur les langues officielles. Les articles 41 et 42 de la Loi sur les langues officielles dit bien que le gouvernement fédéral s'engage à favoriser l'épanouissement de ces communautés. Cet épanouissement est mieux si on est en santé. Comme l'a dit un certain comédien: «Mieux vaut être riche et en santé que pauvre et malade.»

Je ramène la discussion sur le sixième principe présenté souvent par les communautés en situation minoritaire. La Loi canadienne de la santé mentionne un sixième principe, celui de la dualité linguistique en santé. On l'a reconnue dans le domaine de l'éducation. L'éducation pour les francophones minoritaires à travers le pays est accessible. Cela ne l'est pas encore pour les soins de santé. Les recherches disent que 50 à 55 p. 100 des francophones peuvent recevoir des soins en santé dans leur langue tandis que c'est sept fois plus pour les anglophones en situation minoritaire. Je voudrais avoir vos commentaires sur ce sixième principe. La question de la santé en français, c'est l'union sociale canadienne. Votre comité en a-t-il parlé?

Ce sixième principe m'amène à ma deuxième question concernant le profil des personnes vivant en situation minoritaire. En d'autres mots, les recherches ont démontré que les gens de la Colombie-Britannique sont plus en santé parce qu'ils ont des infrastructures qui le permettent. A-t-on fait le profil des francophones? Sont-ils plus obèses ? Leurs habitudes de vie sont-elles différentes? Finalement, cela se rapporte toujours au premier principe.

M. Nouvet: Je vais répondre d'abord à votre dernière question. Comme le rapport préparé par la FCFA le démontre, on n'a pas de données statistiques fiables qui nous permettent vraiment de répondre à cette question à savoir si les francophones qui vivent en situation minoritaire ont un état de santé égal ou moins bon que celui des anglophones en situation majoritaire. Sauf par contre, comme je l'ai mentionné dans la présentation, les

results imply that their health would not be as good as that of anglophones who are better educated and more present in the workforce. However, we do not have reliable statistics on that.

Regarding your suggestion to add a sixth principle to the Canada Health and Social Transfer, I have a personal opinion, but I am not able to answer that question. If it were to be debated, it should be debated by Cabinet, and it is up to the Cabinet to take a stand on that. In my opinion, the current studies on potential reforms to the health care system could, at some point, lead us to that. The matter would be debated by Cabinet, and was discussed by the advisory committee.

Senator Losier-Cool: Education is also a provincial jurisdiction. If education is now available and this area reflects the Official Languages Act, it is because on several occasions cases went to the Supreme Court. Just look at the Beaulac decision and the Arsenault decision in Prince Edward Island. In New Brunswick, the Acadians are currently before the courts to express the need for health care as well as education services in French. I understand that that is not your area, but it would be interesting to monitor the outcome of this situation. The issue of the sixth principle was raised on several occasions in presentations by minority groups on health care.

The Acting Chairman: That is not in the report.

Senator Losier-Cool: However, it is in other reports.

[English]

Senator Cook: Thank you very much for your presentation and for this document. I have just been able to leaf through it.

I am from the very rural province of Newfoundland and Labrador. Since our discussion is about minority communities and accessibility, it certainly applies to people living in my province.

The French population in Newfoundland is primarily on the mainland, at Cape St. George. I will not get into a long geography lesson, but it is shaped like a bill. The late W.J. Keon was a member of our provincial legislature for many years, and he is the father of Dr. Kevin Keon. When I was a young woman, I remember him saying that he would represent and care for the last lonely fisherman on the bill of Cape St. George.

Today, in Labrador, the six mainly English-speaking communities in southern Labrador have to rely on a French hospital, Blanc-Sablon, in a mainly French-speaking community as the first entry for care. The only tertiary care hospital is on the island of Newfoundland. We also have the islands of St. Pierre and Miquelon 12 miles off our shores. Labrador City has The Fairmont, which services another mainly French-speaking community.

francophones sont moins éduqués par rapport aux anglophones, ils sont moins présents sur le marché du travail. Ces résultats sous-entendent que leur santé ne serait pas aussi bonne que celle des anglophones qui sont mieux éduqués et plus présents sur le marché du travail. Toutefois, on n'a pas de statistique fiable à ce sujet.

Concernant votre suggestion d'ajouter un sixième principe aux transferts canadiens en matière de santé et de programmes sociaux, j'ai une opinion personnelle, mais je ne suis pas habilité à répondre à cette question. Si elle devait être débattue, elle devrait l'être par le Cabinet et c'est le Cabinet qui arrêterait sa position à ce sujet. À mon avis, les examens actuels de réformes possibles dans le domaine de la santé pourraient, à un moment donné, nous amener à cette question. La question serait débattue par le Cabinet, et elle n'a pas été discutée au sein du comité consultatif.

Le sénateur Losier-Cool: L'éducation est aussi une ingérence provinciale. Si l'éducation est maintenant disponible et que ce domaine reflète la Loi sur les langues officielles c'est parce qu'il y a eu, à plusieurs reprises, des cas devant la Cour suprême. On peut penser au jugement Beaulac et au jugement Arsenault de l'Île-du-Prince-Édouard. Au Nouveau-Brunswick, présentement, les Acadiens sont devant les tribunaux pour faire valoir la nécessité des soins de santé autant que les services d'éducation en français. Je comprends que ce n'est pas votre domaine, mais il sera intéressant de suivre l'évolution de ce dossier. La question du sixième principe a été soulevée à plusieurs reprises dans les présentations de groupes en situation minoritaire sur la santé.

Le président suppléant: Ce n'est pas dans le rapport.

Le sénateur Losier-Cool: C'est dans d'autres rapports.

[Traduction]

Le sénateur Cook: Merci beaucoup de votre exposé et de ce document. Je viens juste de le parcourir.

Je viens de la province très rurale de Terre-Neuve et du Labrador. Étant donné que nous parlons des collectivités minoritaires et d'accessibilité, cela s'applique parfaitement à ma province.

La population francophone à Terre-Neuve est essentiellement sur le continent, à cap St-George. Je ne vous ferai pas une longue leçon de géographie mais c'est une pointe. Feu W.J. Keon a été député provincial pendant des années et est le père du Dr Kevin Keon. Quand j'étais jeune, je me souviens qu'il disait qu'il représenterait et défendrait les pêcheurs de la pointe du cap St-George jusqu'au dernier.

Aujourd'hui, au Labrador, les six localités essentiellement anglophones du sud doivent se contenter d'un hôpital français, Blanc-Sablon, dans une collectivité essentiellement francophone, quand ils ont besoin de soins. Le seul hôpital de soins tertiaires se trouve dans l'île de Terre-Neuve. Il y a aussi des îles de St-Pierre et Miquelon, à 12 milles de nos côtes. Labrador City a le Fairmont qui dessert une autre collectivité essentiellement francophone.

I know that French-speaking people constitute only .4 per cent of the population. Do we count on the radar screen? I pin my hopes for representation of those people on the Canadian Nurses Association. I know that is over simplistic, but I want to ensure that those small areas of rural Canada are considered when the recommendations are made, and that you do not forget about them.

Mr. Nouvet: The .4 per cent is on the radar screen. Due to the recommendation that was made here, we are going to explore the composition of the advisory committee to see whether we can achieve better representation. I believe that the networking initiative is the key priority that comes out of this. It will go a long way towards breaking the isolation of certain groups in certain regions. We talk about networking within regions and also about national networking to break the existing isolation.

Senator Cook: Thank you for that. Perhaps we could look at community health when considering that.

Senator Cordy: Thank you very much for taking the time to be with us this morning. It has been most helpful, particularly for me.

I know that your mandate was to look at French-speaking minority communities and the access they have to health care. I received this document only this morning and have only skimmed through it. I have not seen anything related to health care services provided to French-speaking members of the military. I am not sure that was in your mandate, but is that something you would consider studying?

I also serve on the Standing Senate Committee on National Security and Defence. We travelled to a military base in New Brunswick. I know that there is a shortage of health personnel across the board, and this is also reflected in the military community. Personnel at the base in New Brunswick did not bring their families to the base with them because no French services were offered. Due to the lack of health services in the French language, their families stayed at the previous posting while the members of the military went to New Brunswick alone.

Is there anything that you have looked at or are planning to look at in that regard?

Mr. Nouvet: That is a superb question. The federal government provides direct services to First Nations people, the Inuit, people in prisons, the military and the RCMP. With those groups, the federal government is theoretically in control. Often, care is shared between the federal and the provincial governments. Where we are in control, it is theoretically easier to do something.

The situation you cite was not included in the mandate of our committee, but I can certainly see that, in the future, we will have to look at how we deal with the population that we treat ourselves, because I suspect we would like to provide "best-practice" care so that we can speak more convincingly to the provinces and territories about these issues.

Je sais que la population francophone ne représente que 0,4 p. 100 de la population. Comptons-nous pour vous? Je fonde toujours mes espoirs de représentation pour ces gens-là sur l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Je sais que c'est très simpliste mais je veux m'assurer que ces petites régions du Canada rural sont prises en considération lorsque l'on fait des recommandations et qu'on ne les oublie pas.

M. Nouvet: Cette population de 0,4 p. 100 n'est pas oubliée. Suite à la recommandation qui a été faite ici, nous allons examiner la composition du comité consultatif pour voir si nous pouvons obtenir une meilleure représentativité. Je crois que l'initiative de réseautage est la première priorité. Cela fera beaucoup pour remédier à l'isolement de certains groupes dans certaines régions. On parle de réseautage avec les régions ainsi que d'un réseautage national pour remédier à l'isolement.

Le sénateur Cook: Merci beaucoup. Peut-être pourrions-nous examiner les services de santé communautaires en même temps.

Le sénateur Cordy: Merci d'avoir pris le temps de venir ce matin. Cet échange m'a semblé extrêmement utile.

Je sais que votre mandat consiste à examiner les minorités francophones et l'accès qu'elles ont aux services de santé. Je n'ai reçu ce document que ce matin et je n'ai pu que le parcourir. Je n'ai rien vu là-dedans qui fasse allusion aux services de santé offerts aux militaires d'expression française. Je ne suis pas sûre que cela fait partie de votre mandat mais est-ce quelque chose que vous envisageriez d'étudier?

Je suis également membre du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense. Nous sommes allés sur une base militaire au Nouveau-Brunswick. Je sais qu'il y a pénurie de personnel de santé de façon générale et que cela se reflète aussi dans l'armée. Le personnel de cette base au Nouveau-Brunswick ne fait pas venir sa famille parce que l'on n'offre pas de services en français. Comme il n'y a pas de services de santé en français, les familles sont restées là où étaient postés les militaires avant de venir au Nouveau-Brunswick.

Avez-vous examiné cette situation ou prévoyez-vous de le faire?

M. Nouvet: C'est une excellente question. Le gouvernement fédéral assure des services directs aux Premières nations, aux Inuits, aux détenus dans les prisons, au personnel militaire et à la GRC. Le gouvernement fédéral est donc théoriquement responsable. Il arrive souvent que les soins soient partagés entre les gouvernements fédéral et provinciaux. Lorsque c'est le gouvernement fédéral qui contrôle les choses, il est théoriquement plus facile d'intervenir.

La situation que vous citez n'était pas incluse au mandat de notre comité mais je puis certainement m'assurer que nous examinions la question pour ceux que nous traitons nous-mêmes parce que je suppose que nous aurions intérêt à donner l'exemple si nous voulons nous montrer plus convaincants vis-à-vis des provinces et des territoires.

Since we did not focus on the military, the work of the committee can only help to the extent that military families receive treatment from the provincial or territorial government. We have not looked at the services we provide from within the government.

Senator Cordy: Are you aware that this is a concern for people serving in the military?

Mr. Nouvet: I was not aware of that.

Senator Cordy: Now you are.

Mr. Léger: We are an active participant in the Health Care Coordination Initiative. It brings together all the players — Veterans Affairs, National Defence, Health Canada and the RCMP. We actively collaborate with them in trying to find solutions to better provide care and services to the federal family, as we call it.

Since we are active participants in the branch that Mr. Nouvet heads, there is an opportunity to ensure that we share the information we gain from these committees and the work we do with this advisory committee and transpose that to the Health Care Coordination Initiative.

For example, there is much work being done on tele-health. We must ensure that tele-health serves both francophones and anglophones. We will explore those opportunities.

We also work with an advisory council to Minister Rock on rural health for the provision of services in remote communities. There are many such opportunities, and the fact that we are linked with all those initiatives will allow us to ensure that we horizontally bridge the concerns and problems between those issues.

[Translation]

Senator Pépin: My question deals with labour training. The committee has found that the majority of francophone students, who undertake studies outside their own region, do not return to their hometowns. The committee has recommended that a cross-Canada consortium for French-language health training be set up. Have specific initiatives been developed to achieve this?

Mr. Nouvet: You want to know whether there are ongoing initiatives?

Senator Pépin: Indeed, I want to know whether anything has been done to try to encourage these students to stay in their own communities. I want to know whether the universities are consulting each other on how to achieve this?

Mr. Nouvet: Under the Heritage Canada-sponsored initiative, which provides for a funding package of \$10 million over three years, and which involves the University of Ottawa, some progress has indeed been made to achieving this goal. A consortium has been set up and Hubert Gauthier is participating in this consortium, which includes such partners as the University of Moncton, the University of Sherbrooke, the University of Ottawa and the Saint-Boniface College. All these

Étant donné que nous n'avons pas examiné la question du personnel militaire, le travail du comité ne peut aider que dans la mesure où les familles militaires sont traitées par le gouvernement provincial ou territorial. Nous n'avons pas examiné les services que nous offrons en tant que gouvernement.

Le sénateur Cordy: Savez-vous que c'est quelque chose qui soucie les militaires?

M. Nouvet: Je n'étais pas au courant.

Le sénateur Cordy: Maintenant vous l'êtes.

M. Léger: Nous participons activement à l'Initiative de coordination des soins de santé. Celle-ci réunit Anciens combattants, Défense nationale, Santé et la GRC. Nous collaborons activement pour essayer de trouver des solutions afin de mieux servir la famille fédérale, comme nous l'appelons.

Étant donné que nous participons activement à la direction que dirige M. Nouvet, nous pouvons nous assurer de communiquer les informations que nous obtenons auprès de ces comités et au sein du Comité consultatif au Secrétariat de l'Initiative de coordination des soins de santé.

Par exemple, on fait beaucoup en matière de télésanté. Nous devons nous assurer que la télésanté sert à la fois les francophones et les anglophones. Nous examinerons ces possibilités.

Nous travaillons aussi avec un conseil consultatif auprès du ministre Rock au sujet de la santé dans les régions rurales afin d'offrir des services dans les localités isolées. Il y a beaucoup d'occasions semblables, et le fait que nous soyons liés à toutes ces initiatives nous permettra de veiller à ce que nous examinions horizontalement les problèmes qui se posent dans les différents domaines.

[Français]

Le sénateur Pépin: Ma question concerne la formation de la main d'œuvre. Le comité a constaté que les étudiants francophones qui vont dans d'autres institutions ne reviennent pas majoritairement à leur milieu d'origine. Le comité a recommandé la mise en place du consortium pancanadien pour la formation de la santé en français. Est-ce que certaines initiatives ont été faites dans cette direction?

M. Nouvet: Vous voulez savoir s'il y a déjà des projets en marche?

Le sénateur Pépin: En fait, je veux savoir s'il y a quelque chose qui a été fait pour essayer d'ancrer les étudiants dans leur communauté ou si les universités se parlent entre elles pour savoir comment on pourrait le faire?

M. Nouvet: Dans le cadre de l'initiative de 10 millions de dollars sur trois ans parrainée par Patrimoine Canadien et qui implique l'Université d'Ottawa, du travail a été fait sur ce plan. Un consortium a été créé et Hubert Gauthier participe à ce consortium qui implique l'Université du Nouveau-Brunswick, l'Université de Sherbrooke, le collègue de Saint-Boniface et l'Université d'Ottawa. Ces gens sont en train de travailler ensemble pour mieux élaborer l'initiative dont on a parlé

stakeholders are currently working together to flesh out the initiative — which we referred to earlier — leading to the creation of a consortium. If I am not mistaken, even the University of Alberta is involved in this initiative. The idea here is to create a network and to foster training for people in their own home regions.

Senator Comeau: I would like to pick up on the issue of doctors. How can we attract doctors to hospitals in the regions, such as Nova Scotia and Newfoundland, to name but a few? I have a suggestion for you which I believe would be very effective. If those doctors who were looking into the possibility of settling in Halifax, or elsewhere for that matter, saw bilingual signs, that would confirm in their minds that the people in that particular facility were quite open to French. This is not the case. In areas like this, signs are in English only. This is the reality we are facing. You have to admit that in regions such as Nova Scotia, Prince Edward Island and Newfoundland, to name but a few, French is not welcomed. If doctors see that the hospital operates entirely in English, why would they go there? It is doubtful whether doctors would fancy settling in this region. This is a relatively low-cost approach, but in order to attract these doctors, there would have to be cooperation with the provinces. Sometimes, were there is no pain there is no gain. Sometimes, as painful as it might be, you just have to grin and bear it.

Even if primary health care is a provincial jurisdiction, the federal government must recognize the needs of minority communities. If the federal government were to neglect this responsibility just because it was afraid of getting the provincial governments' back up, then linguistic minorities may just have to shut up shop and be assimilated. I think that we have to look at that possibility, in order to see whether we should move forward or not. I do not want to be alarmist here and I am not claiming that we have got to that stage yet, but I think time however, is of the essence.

Senator Gauthier: Earlier, the issue of the federal government's obligations in terms of health care was raised, but we omitted to mention veterans. I just simply wanted to stress that point.

Currently, negotiations are ongoing between the Montfort Hospital and the Ottawa military hospital. Could you perhaps talk to us a bit about that or is it still secret?

Mr. Nouvet: No it is not a secret, but this issue is the responsibility of the Department of National Defence. The initial update that I received last week indicated that talks were continuing — an agreement did indeed seem possible — between the department and the Montfort Hospital. We believe that these talks could result in an agreement by the end of the year.

Senator Gauthier: You mentioned comprehensive strategies to address the issue of "French-language health care," which is the issue we are currently looking at. You stated that the government intends to address this issue. Could you tell us when the government will indeed be dealing with this issue?

aujourd'hui qui créerait un consortium. Je pense qu'il y a même une université de l'Alberta qui est impliquée. L'idée est de créer ce réseau et de favoriser la formation des gens dans la région où ils habitent.

Le sénateur Comeau: Je voudrais revenir sur la question des médecins. Comment pouvons-nous attirer des médecins dans nos hôpitaux dans des régions telles que la Nouvelle-Écosse, Terre-Neuve et d'autres. Je peux vous suggérer un moyen efficace. Un médecin qui étudie la possibilité de venir s'établir à Halifax ou ailleurs, s'il voyait une enseigne bilingue cela lui confirmerait que le français est bienvenu à cet endroit. Cela n'existe pas, c'est complément anglophone. C'est la réalité, vous devez reconnaître que dans les régions telles que la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve et quelques autres, le français n'est pas bienvenu. Quand on arrive à l'hôpital et que tout est en anglais que peut-on faire? On peut se poser la question: un médecin aurat-il le goût de venir s'établir dans cette région? Voilà une approche qui ne coûte pas très cher, mais pour faire cela, vous devez entrer en collaboration avec les juridictions provinciales. Quelques fois, il faut marcher sur des pierres. Quelques fois, c'est douloureux pour les orteils, mais il faut accepter cela.

Même si les soins de santé primaires relèvent de la compétence provinciale, le gouvernement fédéral se doit de reconnaître les besoins des communautés en situation minoritaire. Si le gouvernement fédéral néglige cette responsabilité par crainte de froisser les gouvernements provinciaux, les minorités linguistiques vont peut-être finir par baisser les bras et par se laisser assimiler. Nous devons envisager cette possibilité, à savoir s'il faut ou non continuer. Je ne veux pas être alarmiste et prétendre que nous sommes arrivés à cette limite, mais le temps presse.

Le sénateur Gauthier: Tantôt il a été question des obligations fédérales en matière de santé, mais on a oublié de mentionner les anciens combattants. Je voulais simplement souligner ce point important.

Présentement, des négociations sont en cours entre l'Hôpital Montfort et l'hôpital militaire d'Ottawa. Pouvez-vous nous en parler ou est-ce encore secret?

M. Nouvet: Ce n'est pas un secret, mais ce dossier relève du ministère de la Défense nationale. La première mise à jour que j'en eu la semaine dernière indiquait que les pourparlers se poursuivaient — une entente semblait possible — entre le ministère et l'Hôpital Montfort. On pense que ces pourparlers pourraient se terminer d'ici la fin de cette année.

Le sénateur Gauthier: Vous avez parlé de stratégies globales en réponse au rapport «La santé en français» que nous sommes à étudier. Vous dites que nous pouvons nous attendre à une réponse du gouvernement. Pouvons-nous savoir quand nous pourrons recevoir une réponse du gouvernement?

Mr. Nouvet: These issues are debated at cabinet level, but we are currently developing a reply to the report by the francophone advisory committee. We are also awaiting the report by the anglophone advisory committee, because we would like to look at both studies at the same time. I expect the reply to be part of Mr. Dion's action plan. I do not know whether he has set out a time scale, but I expect him to table his action plan some time this year. You would have to ask Minister Dion and the Privy Council themselves as to their exact time scale. We are currently working on including our strategy in their action plan.

Senator Gauthier: Last year, we were told that our action plan would be tabled in the following spring. It is now spring and we are now being told that this report will perhaps be tabled this year or even perhaps next year. I think that you should be developing an action plan, in which the health issue would be a major aspect.

Mr. Nouvet: We are committed to doing that.

Senator Gauthier: Our committee is charged with addressing major issues such as access to health care. For example, 50 per cent of francophone Canadians in this country do not have any access or little access to health care in their own language.

The report states that francophones have less formal education than anglophones. This is quite understandable, because until 1967, in my own province of Ontario for example, 84 per cent of French Canadians left school before the end of 10th Grade because there were no French schools. They just had to make do with what they had. However, in our day, there are French schools. In 1982, the federal government's Charter of Rights and Freedoms made education a constitutional right. Do you not think that the same thing should be done for health care? I think that the sixth principle — linguistic duality — should indeed apply to health care. I think that it is in the interest of all Canadians to protect French minorities outside Quebec and anglophones in Quebec. If we fail to do this, Canada could indeed disappear. If anglophones are no longer able to survive in the province of Quebec, they will leave. It is much easier for anglophones to do this. There are 250 million of them in North America. However for francophones, it is not so easy.

Telehealth represents a major solution to this issue, especially in terms of complex cases. It is important to set up flexible, accessible and generous bodies. It is in the interest of the federal government to preserve these rights. The federal government took action in the area of education, and I think that it is now time for it to do the same in terms of health care.

The situation is quite the opposite in Ontario today. In the past, between 84 and 86 per cent of francophones left secondary school before 10th Grade. Today, we see quite the opposite situation. Ninety per cent of francophones go on to finish their secondary education. In terms of health care, I think that it would be useful to consider the three points that I have just set out, in an attempt to include that in the Constitution. However, we will

M. Nouvet: Ces questions seront débattues au Cabinet, mais on est en train de songer à la réponse au rapport du comité consultatif francophone. On veut attendre aussi le rapport du comité consultatif anglophone, parce qu'on veut étudier les deux en même temps. Je m'attends à ce que la réponse fasse partie du plan d'action de M. Dion. Je ne sais pas s'il a annoncé ses échéanciers, mais je m'attends à ce que son plan d'action soit dévoilé dans le courant de cette année. Il faudrait demander au ministre Dion et au Conseil privé quel est leur échéancier exact. Nous travaillons à insérer notre stratégie dans leur plan d'action.

Le sénateur Gauthier: L'an passé, on nous a dit qu'au printemps de l'année prochaine nous allions avoir notre plan d'action. Nous sommes rendus au printemps et on nous dit encore peut-être cette année ou l'année prochaine. Vous devez vous engager directement dans l'établissement d'un plan d'action dont la santé serait un des volets importants.

M. Nouvet: Nous sommes engagés.

Le sénateur Gauthier: Ce comité doit trouver des réponses à des questions aussi importantes que l'accès aux soins de santé. Par exemple, 50 p. 100 des Canadiens d'expression française au Canada n'ont pas accès ou peu à des services de santé dans leur langue.

Dans le rapport, il est mentionné que les francophones sont moins scolarisés que les anglophones. C'est compréhensible parce que jusqu'en 1967, dans ma province par exemple, l'Ontario, 84 p 100 des Canadiens d'expression française quittaient l'école avant d'avoir terminé leur dixième année parce qu'il n'y avait pas d'écoles françaises. Ils faisaient ce qu'ils pouvaient. Ces institutions existent aujourd'hui. Le gouvernement fédéral, en 1982, par une Charte, a fait de l'éducation un droit constitutionnel. Peut-être faudra-t-il agir de même pour la santé. Le sixième principe — la dualité linguistique — devrait peut-être étudié en ce sens. Il y a un intérêt national à protéger les minorités linguistiques francophones hors Québec et anglophones au Québec. Autrement, le Canada risque de ne plus exister. Si les anglophones ne peuvent plus survivre au Québec, il vont s'en aller ailleurs. C'est plus facile pour eux, ils sont 250 millions en Amérique du Nord. Pour un francophone, ce n'est pas facile.

La télémédecine représente une solution importante à ce problème lorsque se présentent des cas complexes. Il est important de mettre en place des structures flexibles, accueillantes et généreuses. Le gouvernement fédéral a un intérêt à préserver ces droits. Si on s'est mêlé d'éducation, maintenant on va se mêler des soins de santé.

Maintenant les chiffres sont inversés en Ontario. Ce n'est pas plus 84 ou 86 p. 100 des francophones qui quittent l'école secondaire avant la dixième année, c'est le contraire: 90 p. 100 finissent leur cours secondaire. Dans le domaine de la santé, on aurait peut-être avantage à considérer les trois points que je viens de suggérer afin d'insérer cela dans la Constitution. Cependant, on va avoir un problème avec les provinces puisqu'il

undoubtedly run into problems with the provinces, since health care is a provincial jurisdiction. The same thing also happened when the federal government took action on education. Could you perhaps give us a few comments on this issue?

Mr. Nouvet: No, however, the fact that we had to put this issue on the back burner last year stems from the events of the 11th of September, which exasperated the downturn in the economy. We tabled a budget in November rather than in February as is normally the case. Priorities changed. Currently, we are all working together with the communities. Mr. Hubert Gauthier is well aware of this, as is his counterpart from the anglophone advisory committee. We are working together to develop our strategy and at the same time, we are continuing to invest. We invested last year, and the year before that and we are continuing to invest. We hope that in the future we will have more money available, so that we can move much more quickly.

The Acting Chair: To conclude, I have two brief questions I want to ask you. You mentioned the French fund, le fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Is that equivalent to the Transition Fund in English?

Mr. Nouvet: It is indeed.

The Acting Chairman: Minister Rock made an announcement in September or October, in which he announced several tangible initiatives for health care as it relates to language minorities. You can find that announcement on Health Canada's website. At the time, two officials came to see me. The issue was of great interest to me. These officials told me, in no uncertain terms, that the money for language minority health care was to come from the Transition Fund. We are now six months on and you are telling us that despite this announcement, no money has yet been forthcoming?

Mr. Nouvet: You made a reference to the announcement of the part that would go to French-speaking communities in a minority situation. This was announced at the end of last year. To my knowledge, we still have not approved any concrete project.

The Acting Chairman: Are you not surprised that six months after the funding was announced, minority language communities have still not received anything?

Mr. Nouvet: I have not yet met the members of the Frenchspeaking advisory committee but we are having discussion with Hubert Gauthier. Indeed, we are looking at how we could invest money from this fund this year.

The Acting Chairman: Were you not supposed to spend this money during the fiscal year?

Mr. Nouvet: We do not have to spend it in the fiscal year but we are going to spend some money. I just wanted to make that clear.

The Acting Chairman: In other words, the money has not been lost.

Mr. Nouvet: We have four years to spend the money.

s'agit de compétences provinciales. C'était comme cela en éducation également. Pourrez-vous commenter là-dessus?

M. Nouvet: Non, mais le contre-temps que nous avons eu dans le dossier l'année dernière s'explique par les événements du 11 septembre qui ont accéléré la chute économique. Le budget a été fait en novembre plutôt qu'en février comme escompté. Les priorités ont changé. Actuellement, nous travaillons tous ensemble avec les communautés. Monsieur Hubert Gauthier le comprend très bien, comme son homologue qui agit pour le comité consultatif anglophone. Nous travaillons ensemble pour développer la stratégie et entre temps, nous continuons de faire des investissements. Nous en avons fait l'année dernière, l'année d'avant et nous continuons à le faire. Nous espérons avoir des budgets plus importants à l'avenir afin de faire plus vite.

Le président suppléant: En terminant, j'aurais deux courtes questions à poser. Le fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, c'est bien le «Transition Fund»?

M. Nouvet: Exactement.

Le président suppléant: En septembre ou octobre, il y a eu une annonce publique du ministre Rock avisant la création de plusieurs projets concrets pour les minorités linguistiques en regard des soins de santé. C'est sur le site Internet de Santé Canada. À cette époque, deux fonctionnaires étaient venus me voir. Le sujet m'intéressait vivement. Ils m'ont dit que, incessamment, de l'argent allait provenir du «Transition Fund» pour les soins de santé chez les minorités linguistiques. Six mois plus tard, vous nous dites qu'il n'y a pas encore d'argent qui a été dépensé suite à cette annonce?

M. Nouvet: Vous référez à l'annonce de la composante qui viserait les communautés francophones vivant en situation minoritaire. Cela a effectivement été annoncé à la fin de l'année dernière. À ma connaissance, nous n'avons pas encore approuvé de projet concret.

Le président suppléant: Cela ne vous étonne pas que six mois après l'annonce du financement, aucune somme n'ait été versée aux communautés linguistiques en situation minoritaire?

M. Nouvet: Je n'ai pas encore rencontré les membres du comité consultatif francophone, mais on est en discussion avec Hubert Gauthier. Justement, on est en train de regarder comment on pourrait investir à partir de ce fonds cette année.

Le président suppléant: Vous ne deviez pas dépenser cet argent dans l'année fiscale?

M. Nouvet: Nous ne sommes pas obligés de le dépenser dans l'année fiscale, mais nous allons en dépenser. Je ne voudrais pas que ma réponse soit mal interprétée.

Le président suppléant: Autrement dit, les sommes d'argent n'ont pas été perdues.

M. Nouvet: On a quatre ans pour dépenser cette somme.

The Acting Chairman: My second question deals with the committee recommendations. There are four main recommendations: networking, training, infrastructure and intake centres. All this for a total of \$245 million in five years or \$40 million a year and \$20 million in capital investments. Do you think this is a realistic amount? Do you really think that Health Canada is going to provide \$245 million for five years?

Mr. Nouvet: I would say that in the present environment, it is not realistic. We must also consider the needs of the English-speaking minorities in Quebec. It is a key issue that we are going to discuss at the next meeting of the advisory committee.

The Acting Chairman: Health Canada has been an active participant in the committee. In your report you state that, financially, it is not realistic. You are telling French-speaking minorities that there will be major investments, for instance in the intake centres. They are setting up community centres funded by the federal government. Apparently, at the Moncton meeting, everybody was very happy to hear this. Would it not have been better, before issuing a report, to make sure it was financially realistic, when you consider Health Canada's overall budget which we know will not be able to support a \$250 million five-year project?

Mr. Nouvet: Your point is well taken. First the report was written and finalized before September 11. Should we have quickly changed it to take the events into account? I do not know the answer. But it was difficult to figure out the impact. Also the report was written at a time when the financial situation was better. It may indeed have raised expectations. So far, I have had very constructive discussions with Mr. Hubert Gauthier and Mr. Paul-André Baril. I think people understand that we are going to have to review some of the investments that were proposed and that we could still do good things with less money.

Senator Gauthier: I would like to make a proposal. I think we should invite the Commissioner of Official Languages before the committee. There is a Canadian association of French-speaking doctors. It might be a good idea to invite them as well as Mr. LaBossière, the provincial intergovernmental francophone affairs coordinator, to find out what is happening at that level. The provinces meet once a year. Last year, they discussed the issue of health care in francophone minorities. We should invite him. Finally, we have talked about Heritage Canadian two or three times. They have money. Also, the Minister of National Defence might have a few things to tell us about what is happening with the veterans and health care on our military bases.

Le président suppléant: Ma deuxième question concerne les recommandations du comité. Il y a quatre recommandations principales: le réseautage, la formation, l'info-structure et les lieux d'accueil. Tout ceci totalise 245 millions de dollars en cinq ans, ou encore 40 millions de dollars par année et 20 millions de dollars en capitalisation. Est-ce que selon vous c'est un montant réaliste? Est-ce qu'on peut, effectivement, penser avoir de Santé Canada 245 millions de dollars en cinq ans?

M. Nouvet: Personnellement, je dirais que dans la conjoncture actuelle, ce n'est pas réaliste. Il faut aussi tenir compte des besoins des communautés minoritaires anglophones au Québec. C'est un sujet primordial qu'on va discuter à la prochaine réunion du comité consultatif.

Le président suppléant: Santé Canada a participé de façon réelle au comité. Vous présentez un rapport où vous dites vous-même que du point de vue financier, ce n'est pas réaliste de présenter un tel rapport. Vous faites miroiter aux communautés francophones la possibilité qu'il va y avoir des investissements importants, par exemple dans les lieux d'accueil. On est rendu à établir des centres communautaires financés par le gouvernement fédéral. Apparemment, à la réunion de Moncton, tout le monde était très heureux d'entendre cela. Est-ce qu'il n'aurait pas été mieux, avant même sa publication, de faire un rapport qui était réaliste au point de vue financier en regard du budget global de Santé Canada qui, on le sait, ne peut pas supporter un montant tel 250 millions de dollars en cinq ans?

M. Nouvet: Vous posez une bonne question. D'abord, le rapport a été rédigé et finalisé avant la crise du mois de septembre. Est-ce qu'on aurait dû rapidement le modifier pour tenir compte de la crise? Je n'ai pas de réponse à cela. Il était toutefois difficile de prévoir quelles seraient les retombées. Le rapport a aussi été mûri dans une période où la conjoncture fiscale était meilleure. Effectivement, cela a peut-être créé de faux espoirs. Jusqu'à maintenant, mes conversations avec M. Hubert Gauthier et M. Paul-André Baril ont été très constructives. Je pense que les gens comprennent qu'il faut revoir un peu le niveau d'investissement qu'on proposerait, et qu'on peut faire de bonnes choses avec moins d'argent.

Le sénateur Gauthier: J'aurais une proposition à faire. Selon moi, il faudrait inviter la commissaire aux langues officielles à venir témoigner devant ce comité. Il existe également une association canadienne de médecins de langue française. Il serait peut-être intéressant de les inviter, de même que M. LaBossière, le coordonnateur des affaires francophones intergouvernementales pour les provinces, afin de savoir ce qui se passe à ce niveau. Il y a une réunion à tous les ans entre les provinces. L'an passé, ils ont discuté du problème des soins de santé chez les francophones en situation minoritaire. Ce serait important qu'on l'invite. Finalement, cela fait deux ou trois fois qu'on parle du ministère du Patrimoine canadien. Ils ont tout de même de l'argent. Egalement, peut-être que le ministre de la Défense nationale aurait des choses à nous dire au sujet de ce qui se passe chez les anciens combattants au niveau des soins de santé dans nos bases militaires.

Mr. Nouvet: I think Mr. Hubert Gauthier should appear before your committee. He has been there since the beginning.

The Acting Chairman: He is already on the list of witnesses. Mr. Nouvet and Mr. Léger, thank you very much. We might ask you to come back before the committee after our hearings. We may have other questions to ask you after having heard other your witnesses. Once again, thank you for your presentation and for openness in answering our questions, those of Senator Gauthier being obviously the most difficult ones.

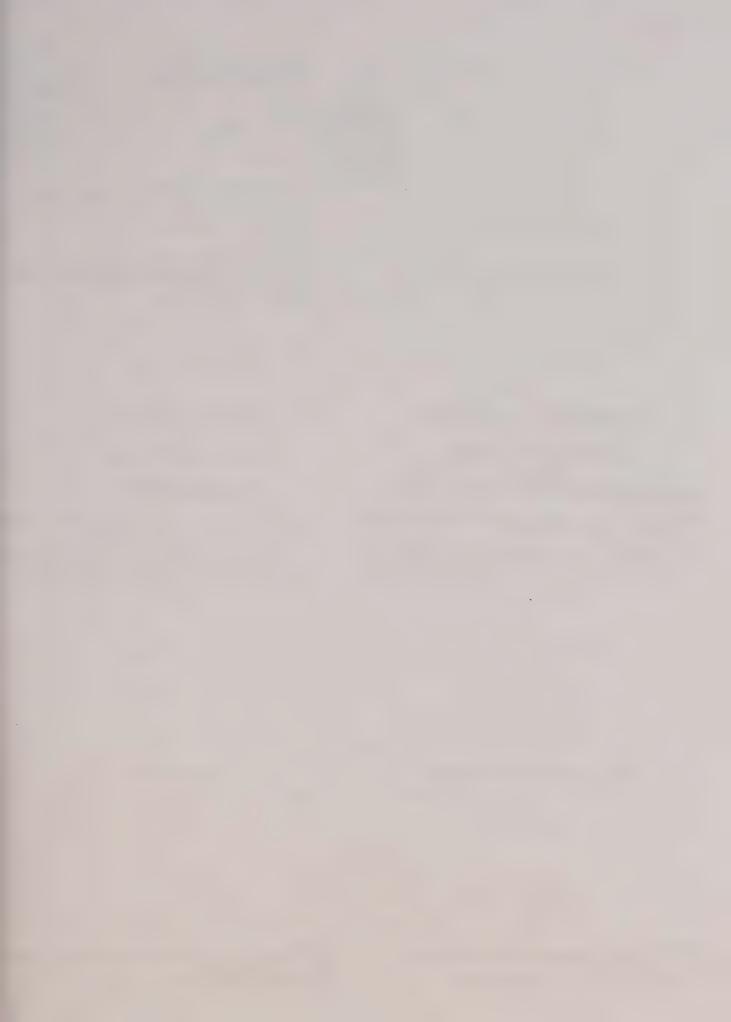
The committee is adjourned.

M. Nouvet: Selon moi, M. Hubert Gauthier devrait témoigner devant votre comité. Il est là depuis le début.

Le président suppléant: Il figure déjà sur la listes des personnes invitées. Il ne me reste qu'à vous remercier, messieurs Nouvet et Léger. Il n'est pas impossible qu'on vous demande de revenir devant le comité, suite à nos délibérations. Il est possible qu'à la suite de la comparution des autres témoins, on ait d'autres questions à vous poser. Encore une fois, je vous remercie de votre présentation et de la candeur et de l'ouverture avec laquelle vous avez répondu à nos questions, celles du sénateur Gauthier étant évidemment les plus difficiles.

La séance est levée.







If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada – Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison, retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à: Travaux publics et Services gouvernementaux Canada – Édition 45 Boulevard Sacré-Coeur Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESSES:

From Health Canada:

- Mr. Marcel Nouvet, Assistant Deputy Minister, Information Analysis and Connectivity Branch;
- Mr. Michel Léger, Executive Director, Strategic Alliances and Priorities Division, Information Analysis and Connectivity Branch.

TÉMOINS:

De Santé Canada:

- M. Marcel Nouvel, sous-ministre adjoint, Direction générale l'information, de l'analyse et de la connectivité;
- M. Michel Léger, directeur exécutif, Division des allian stratégiques et des priorités, Direction générale l'information, de l'analyse et de la connectivité.

Available from:
Public Works and Government Services Canada – Publishing
Ottawa, Canada K1A 0S9
Also available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

En vente: Travaux publics et Services gouvernementaux Canada – Édition Ottawa, Canada K1A 0S9 Aussi disponible sur internet: http://www.parl.gc.ca CA1 YC26 -351



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

Première session de la trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

Proceedings of the Standing Senate Committee on

Délibérations du Comité sénatorial permanent des

Social Affairs, Science And Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Wednesday, May 1, 2002

Le mercredi 1er mai 2002

Issue No. 52

Fascicule nº 52

Forty-ninth meeting on:

Quarante-neuvième réunion concernant:

The state of the health care system in Canada

L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESS: (See back cover)



TÉMOIN: (Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

* Lynch-Staunton

(or Kinsella)

Keon

Morin

Pépin

Roche

Robertson

The Honourable Michael Kirby, Chair The Honourable Marjory LeBreton, Deputy Chair and

The Honourable Senators:

Callbeck * Carstairs, P.C. (or Robichaud, P.C.) Cook Cordy Di Nino Fairbairn, P.C.

* Ex Cyficio Members (Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

Les honorables sénateurs:

Callbeck * Carstairs, c.p. (ou Robichaud, c.p.) Cook Cordy Di Nino Fairbairn, c.p.

* Membres d'e)fice (Quorum 4)

* Lynch-Staunton (ou Kinsella) Keon Morin Pépin Robertson Roche

Published by the Senate of Canada

Publié par le Sénat du Canada

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, May 1, 2002 (63)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in room 705, Victoria Building, at 3:50 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin, Robertson and Roche (11).

Other senator present: The Honourable Senator Murray, P.C. (1).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Howard Chodos and Odette Madore.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the Committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No. 2.)

WITNESS:

From the Canadian Institute for Health Information:

Michael Decter, Chairman, Board of Directors.

The Chairman made a statement.

Mr. Decter made a statement and answered questions.

At 5:38 p.m. the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 1^{er} mai 2002 (63)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 50 dans la salle 705 de l'édifice Victoria sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin, Robertson et Roche (11).

Autre sénateur présent: L'honorable sénateur Murray, c.p. (1).

Sont présents: De la Direction de la recherche de la Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos et Odette Madore.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit l'examen de l'étude spéciale sur l'état du système de soins de santé au Canada. (Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 2 des délibérations du comité.)

TÉMOIN:

De l'Institut canadien d'information sur la santé:

Michael Decter, président, Conseil d'administration.

Le président fait une déclaration.

M. Decter fait une déclaration et répond aux questions.

À 17 h 38, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La gresfière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 1, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 3:50 p.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Michael Kirby (Chairman) in the Chair.

[English]

The Chairman: Honourable senators, we are here to start the work to be incorporated into our next volume, volume 6 on the state of the health care system, which will be issued at the end of October. This volume will take our proposals and put them into terms of what it would cost the average Canadian. Our hope is to put forward several alternative revenue-raising proposals so that Canadians will be able to engage in a debate in the context of understanding what it means to them, not only in terms of improving the quality of health care but also what it means in terms of the impact on their pocket books.

Our witness this afternoon is Michael Decter. He has been a former Deputy Minister of Health both in Manitoba and Ontario. He has written a number of books on health, including *Four Strong Winds of Change*, which was published a year ago. He is acknowledged to be one of the country's most creative thinkers about health care policy.

The fact that Mr. Decter is our witness while we have in the audience a number of students from the Forum of Young Canadians, who are here on a week-long study of government and Parliament, I think is terrific because, amongst other things, Mr. Decter is a wonderful teacher. Welcome to the students. We are delighted that you are here.

As you know, Mr. Decter, this meeting is informal in the sense that we would like you to begin with reaction to our report. Then we would like to ask you questions. Thank you very much for coming.

Mr. Michael Decter, Chairman, Board of Directors, Canadian Institute for Health Information: Thank you for the invitation. I will start by congratulating the committee on volume 5. I said this at the time of its release, so I will only take a second to reiterate: It is a very thoughtful and creative response to the dilemma in which Canada finds itself with regard to going forward in the health policy field. You have obviously picked through a great field of policy landmines and come up with something that has that great Canadian feeling of being a bit of a tapestry. It is not as pure as perhaps some of the early ideas, but it is tempered by a good deal of reality.

I should also say in my callow youth, I harboured somewhat Western abolitionist views of the Senate. Those views began to weaken as many people I respected and admired were appointed.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 1er mai 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 50 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (président) occupe le fauteuil.

[Traduction]

Le président: Honorables sénateurs, nous entamons aujourd'hui les travaux dont les résultats figureront dans notre prochain volume, soit le volume 6 sur l'état du système de soins de santé, qui sera publié à la fin d'octobre. Ce volume renfermera nos propositions ainsi que leur coût pour le Canadien moyen. Nous espérons pouvoir proposer plusieurs options d'accroissement des recettes de sorte que les Canadiens puissent amorcer un débat en connaissant les véritables enjeux, non seulement en ce qui a trait à l'amélioration de la qualité des soins de santé, mais en ce qui concerne l'impact que la réforme aura sur leur situation financière.

Cet après-midi, notre témoin est M. Michael Decter. M. Decter a déjà été sous-ministre de la Santé au Manitoba et en Ontario. Il a rédigé plusieurs ouvrages sur la santé, notamment Four Strong Winds of Change, publié il y a un an. Il est reconnu comme l'un des théoriciens de la politique des soins de santé parmi les plus créatifs au pays.

Le fait que M. Decter témoigne aujourd'hui devant le comité alors que nous accueillons dans la salle plusieurs élèves du Forum pour jeunes Canadiens, qui consacrent ici une semaine à l'étude du gouvernement et du Parlement, est extraordinaire à mon avis parce que, entre autres choses, M. Decter est un merveilleux enseignant. Je souhaite la bienvenue aux élèves. Nous sommes ravis de vous accueillir.

Comme vous le savez, monsieur Decter, notre séance est informelle, en ce sens que nous aimerions que vous nous fassiez d'abord part de votre réaction à notre rapport. Ensuite, nous vous poserons des questions. Merci beaucoup d'être là.

M. Michael Decter, président, Conseil d'administration, Institut canadien d'information sur la santé: Merci de m'avoir invité. D'abord, je tiens à féliciter le comité pour le volume 5. Je l'ai dit au moment de la publication du document. Je prendrai donc seulement une seconde pour le répéter: votre travail est une réponse très réfléchie et créatrice au dilemme dans lequel se trouve le Canada en ce qui concerne l'avenir de sa politique de la santé. De toute évidence, vous avez décortiqué bon nombre des problèmes à ce chapitre et vous avez produit une merveilleuse mosaïque tout à fait canadienne. Ce n'est peut-être pas aussi pur que certaines des idées lancées au début, mais on y trouve une bonne dose de réalisme.

Je dois dire également que dans ma tendre jeunesse, j'étais en faveur de l'abolition du Sénat, comme on le préconisait dans l'Ouest. Mes opinions se sont tempérées au fur et à mesure que de

I think in the light of this excellent report, I have to collapse those views entirely. I do now see the need for a second chamber.

My understanding is that you are going to try now the hardest leg of this relay race, which is really to translate volume 5 into a volume 6 that speaks not to what should be done but how it might be done. That is a huge challenge for a number of reasons. As a committee of the Senate, you come at this from a national perspective, and a great deal of what needs to be accomplished dwells at the local or provincial level. Therefore, there is the challenge of how you reach out and influence the behaviour of people who are not directly employed or even directly funded by the Government of Canada.

I exclude from that the spheres of, for example, research, where I think you have done a superb job. I think we are getting it right in Canada. A great deal of it is within the federal sphere. Over time, if it encourages the Government of Canada to contribute more resources to health research and broaden the thrust, then that is good.

The health delivery system — which is really the big piece of this — is difficult to get at because of its scale, its inertia, the affection that Canadians have for it and the unease they have about its current level of performance. The obvious is reality that there is no shortage of views and no shortage of passion about those views in nearly any quarter. It is genuinely a minefield — not only in intellectual terms but also in stakeholder terms.

I am not inclined today to make a lengthy presentation, partly because you have undoubtedly had a great number of them. I should like to comment on some aspects of the report and then I would probably be more useful responding to questions.

Let me start with the stability of funding and the arm's length agency concept contained within principle 2. Principle 1 is important and somewhat of a given.

I have a slightly tongue-in-cheek in response to your comment that no industry can be expected to operate effectively if, from year to year, its revenue is subject to significant fluctuations beyond its control. The folks in oil and gas and mining — even the airlines — do suffer rather large fluctuations in revenue that are beyond their control. Everyone in the health care sector believes exactly what you have said, that one of the real difficulties is fluctuating funding uncertainty. Financial markets have trouble digesting uncertainty — witness the aftermath of Enron — more than they have trouble digesting single negative events. If you think of financial markets, September 11, horrible

nombreuses personnes que je respectais et admirais accédaient au Sénat. Je crois qu'à la lumière de cet excellent rapport, je dois me défaire totalement de ces opinions. Je vois maintenant le bienfondé d'une deuxième chambre du Parlement.

D'après ce que je comprends, vous allez maintenant tenter de franchir le droit le plus difficile de cette course de relais, c'est-à-dire passer du volume 5 au volume 6, pour traiter non seulement des mesures qui doivent être prises, mais de la façon dont on pourrait procéder. C'est là un énorme défi et ce, pour diverses raisons. Le rôle qui revient à votre comité consiste à aborder la question d'un point de vue national, alors qu'une bonne partie de ce qui doit être fait se situe au niveau régional ou provincial. Par conséquent, vous devez relever le défi de trouver comment informer les gens et influer sur le comportement de ceux dont l'emploi ou même le financement ne relève pas directement du gouvernement du Canada.

J'exclus ici, par exemple, les sphères de la recherche où, à mon avis, vous avez fait un superbe travail. Je pense que nous sommes sur la bonne voie au Canada. Une bonne partie de la question relève du gouvernement fédéral. Au fil des ans, si votre travail incite le gouvernement du Canada à affecter davantage de ressources à la recherche en santé et à élargir la portée de cette recherche, alors c'est bien.

Le système de prestation de soins de santé — qui est en réalité la pièce maîtresse — est difficile à examiner en raison de sa taille, de son inertie, de l'affection que les Canadiens lui portent et du malaise qu'ils ressentent actuellement face à son niveau de rendement. De toute évidence, on se rend bien compte que ce ne sont pas les opinions qui manquent, ni la passion que le système attise, peu importe où l'on aille au Canada. Le domaine de la santé est véritablement un champ miné — non seulement sur le plan intellectuel, mais aussi pour les gens concernés.

Je n'ai pas l'intention aujourd'hui de faire un long exposé, notamment parce que vous en avez certainement entendu beaucoup d'autres. J'aimerais faire des commentaires sur certains aspects du rapport, après quoi je serai probablement plus utile en répondant à vos questions.

Permettez-moi d'aborder en premier lieu la stabilité du financement et le concept d'organisme autonome que renferme le principe no 2. Le premier principe est important et, en quelque sorte, il va de soi.

Je vais répondre avec une certaine ironie à votre commentaire voulant que l'on ne puisse s'attendre à ce qu'aucun secteur ne fonctionne de façon efficace si, d'une année à l'autre, ses recettes varient au rythme d'importantes fluctuations indépendantes de sa volonté. Les industries pétrolières, gazières et minières — même les sociétés aériennes — voient leurs recettes fluctuer passablement et ce, indépendamment de leur volonté. Tout le monde dans le secteur des soins de santé croit exactement ce que vous avez dit, à savoir que l'une des véritables difficultés, c'est l'incertitude et les fluctuations du financement. Les marchés financiers ont de la difficulté à accepter l'incertitude — qu'on

as it was, was easier for markets to recover from than Enron, which is corrosive.

52:6

We have in health care the same corrosive sense that people cannot get on with it because they are not certain whether they are about to have money taken away, money given to them or staff to be laid off or hired. We have seen some big swings in the last decade. I am sympathetic to the view that things would be better if we had greater predictability to a base level of funding upon which people can rely for a period of time, with perhaps the notion that we would have a list of projects that could be twisted up or turned down depending on the state of the public finance. There are certainly things in the health sector that need reliable funding and long-term commitments. Then, as in any sector, there are things that could be undertaken if more dollars were available at a particular point in time.

We did have, in the early days of Canadian medicare, arm's length hospital commissions and, in some cases, insurance commissions. They were folded in on the view that they were duplicative; in other words, you had the function of the department or ministry of health and you had the commission. In my Manitoba days, they were run by deputy minister. Although the commission had an independent appointed board of directors, it was on a very short arm from government because of the scale of funding. That is the biggest dilemma with an arm's length agency: Is it reasonable to consider that a provincial government would put an enterprise that constitutes 35 per cent or 40 per cent of its total spending at arm's length? It is easy to see the benefits from the health system point of view. However, it is also easy to see the public accountability argument that will inevitably be raised around provincial cabinet tables.

If you put a strong chair into a commission like that, then the minister of health's role is somewhat diminished. Maybe that is a good thing, but you need a confident minister to have a great deal of what they have to defend in the provincial assembly put at arm's length. In my experience, there is great advocacy. In fact, I had the privilege of chairing a conference wherein, in an hour of each other, former premier Bob Rae and former opposition leader Stockwell Day both advocated this particular proposal. I got in trouble for pointing out that they both said roughly the same thing, which did not seem to satisfy either of them. However, I did not make the observation that this is a view that comes more easily to people who are out of power than people who are in power.

pense ici aux répercussions de l'affaire Enron — plus qu'ils en ont à digérer des événements négatifs bien précis. Si vous pensez aux marchés financiers, ils ont récupéré bien plus facilement des suites du 11 septembre, aussi horrible fut ce jour, qu'ils ne se sont remis de l'affaire Enron, dont l'effet est corrosif.

Dans le domaine de la santé, nous éprouvons ce même sentiment destructeur que les gens ne peuvent aller de l'avant parce qu'ils ne sont pas certains s'ils sont sur le point de se faire enlever l'argent, d'en recevoir, ou encore d'embaucher du personnel ou d'en congédier. Au cours de la dernière décennie, nous avons connu d'énormes changements. Je comprends bien les gens qui croient que les choses iraient mieux si l'on pouvait mieux prévoir une base de financement sur laquelle on pourrait compter pendant un certain temps, tout en admettant peut-être qu'il faudra modifier ou oublier certains projets selon l'état des finances publiques. Dans le domaine des soins de santé, il y a certainement des choses qui nécessitent un financement fiable et des engagements à long terme. Mais alors, comme dans tous les autres secteurs, il y a aussi des choses qui pourraient être réalisées si on avait plus d'argent à un moment donné.

Au début du système d'assurance-santé au Canada, nous avions effectivement des commissions hospitalières autonomes et dans certains cas, des commissions d'assurance. On les a amalgamées parce que l'on disait qu'elles dédoublaient les efforts; autrement dit, il y avait le ministère de la Santé, et il y avait la commission. Lorsque j'étais au Manitoba, les commissions étaient dirigées par le sous-ministre. Même si la commission était dotée d'un conseil d'administration dont les membres étaient autonomes et nommés, elle était très peu indépendante du gouvernement à cause de l'ampleur du financement. C'est là le plus grave dilemme que doit affronter un organisme indépendant: est-ce raisonnable de penser qu'un gouvernement provincial puisse accorder l'autonomie à une entreprise qui gruge de 35 à 40 p. 100 de ses dépenses totales? Il est facile d'en percevoir les avantages du point de vue du système de santé. Cependant, il est également facile de prévoir que surgira inévitablement l'argument de la responsabilité publique au sein des gouvernements provinciaux.

Si la présidence d'une commission comme celle-là est confiée à quelqu'un de solide, à ce moment-là, le rôle du ministre de la Santé est quelque peu diminué. C'est peut-être une bonne chose, mais il faut un ministre très solide pour confier une large part de ce qu'il doit défendre devant une assemblée provinciale à un organisme indépendant. D'après mon expérience, il y a un gros travail de défense à faire. De fait, j'ai eu le privilège de présider une conférence où, à une heure d'intervalle, l'ancien premier ministre Bob Rae et l'ancien chef de l'opposition Stockwell Day ont tous les deux formulé cette proposition. Je me suis attiré des ennuis pour avoir fait remarquer que tous deux disaient à peu près la même chose, ce qui n'a semblé faire l'affaire ni de l'un ni de l'autre. Je n'ai toutefois pas fait remarquer que c'est là une opinion que formulent plus facilement les gens qui ne sont plus au pouvoir que ceux qui le sont.

That is a reality though. It is not the most obvious thing in the world when you are in power and you have quite a large budget, and much of your authority and prestige as a minister of health derives from that large budget, to want to give it away to an arm's length group.

I hold the view that how we fund hospitals and doctors it is more important than who sits on governance. Whether it is in close or out far, if you can get the formulas right then you can encourage the right kind of behaviour. I would certainly favour arm's length but I would underscore it may be a hard one to sell, although that does not mean it is wrong.

We regard to the federal government's role, I think it is unquestionable that the federal government, to demonstrate will, must bring some considerable financial resource to the renewal of the health system. The accord in 2000, which has not really had much publicity, was a kind of down payment on the renewal of the health system and was in the right direction in every sense. However, it needs a much more sustained effort and much stronger machinery than simply a declaration by governments that they want to go in the same direction. We can see some of the issues that are there without a more determined federal role. Exactly what form that more determined federal role should take runs right up against the federal-provincial issues, the social union framework and everything that has been done to fetter the federal power in this regard.

It is important that Quebec signed the accord in 2000. Health care is central enough that the federal spending power, despite what people may say provincially, is still powerful and quite accepted by the population. I think the federal government has some running room on the financial front.

I want to speak briefly on three other issues and then turn to questions. Health human resources are something we have done very badly in Canada. I have, for my sins, the task of chairing the Canadian Nursing Advisory Committee, CNAC, at the moment. It took me a while to work through just how wrong we got it in the 1990s. I was certainly part of getting it wrong so I bear that responsibility. In our quest for better-trained nurses, we traded quantity for quality. It was the wrong trade. We needed bettertrained nurses, and I think the baccalaureate for entry to practice was a good symbolic way of saying that. We did not need to have reduced nursing school enrolments from the order of magnitude of 10,000 to about 4,000, and it has turned to be quite a disaster. The big problem is we are simply not training enough nurses in the country. We will say that more formally in our CNAC report within the month. There has been a bit of remedial movement by the provinces to move that back up by 10 per cent or 15 per cent but that does not solve the problem when you have cut the number of seats by more than half.

Mais c'est là la réalité. Il n'est pas si évident que cela, quand vous détenez le pouvoir et disposez d'un gros budget, et qu'une bonne partie de l'autorité et du prestige dont vous jouissez à titre de ministre de la Santé découle de ce gros budget, de vouloir les donner à un groupe indépendant.

Je suis d'avis que la façon dont nous finançons les hôpitaux et les médecins importe davantage que de déterminer qui exerce le pouvoir. Peu importe que ce pouvoir se situe à l'intérieur ou à l'extérieur, si les formules sont correctes, un bon comportement suivra. Certes, je favoriserais l'autonomie, mais je souligne qu'il serait difficile de rallier les gens à cette option, bien que cela ne veuille pas dire qu'elle est mauvaise.

En ce qui concerne le rôle du gouvernement fédéral, je pense qu'il ne fait aucun doute que celui-ci, pour faire preuve de sa volonté, doit apporter une importante contribution financière à la réforme du système de santé. L'accord conclu en 2000, qui n'a pas trouvé un large écho, était une sorte d'acompte pour le renouvellement du système de santé et à tous les égards, il était orienté dans la bonne direction. Cependant, il faut un effort bien plus soutenu et un mécanisme bien plus solide qu'une simple déclaration des gouvernements disant qu'ils veulent prendre la même voie. On voit certains des problèmes qui existent alors que le gouvernement fédéral ne joue pas un rôle plus déterminant. Décider quelle forme au juste doit prendre le rôle du gouvernement fédéral va tout à fait à l'encontre des enjeux provinciaux, du cadre de l'union sociale et de tout ce qui a été fait pour entraver le pouvoir fédéral à cet égard.

Il est important que le Québec signe l'accord de 2000. Le secteur des soins de santé est suffisamment crucial pour que le pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral, peu importe ce qu'en pensent les provinces, soit encore assez important et bien accepté par la population. Je crois que le gouvernement fédéral dispose d'une certaine marge de manœuvre sur le plan financier.

J'aimerais aborder brièvement trois autres enjeux et ensuite, nous passerons aux questions. Les ressources humaines du secteur de la santé constituent un domaine dont nous nous sommes très mal occupés au Canada. En rémission de mes péchés, j'ai pour tâche actuellement de présider le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (CCCSI). J'ai mis pas mal de temps à comprendre les erreurs que nous avons commises dans les années 90. J'en suis probablement en partie responsable, j'en assume donc la responsabilité. Dans notre quête d'infirmiers et d'infirmières mieux formés, nous avons délaissé la quantité au profit de la qualité. Mauvais choix. Nous avions besoin d'infirmiers et d'infirmières mieux formés, et je pense que le baccalauréat imposé pour entrer dans la profession était une bonne façon symbolique de le dire. Or, il n'était pas nécessaire de ramener le nombre d'inscriptions dans les écoles de nursing de 10 000 à environ 4 000, ce qui s'est avéré tout à fait désastreux. Le gros problème, c'est qu'actuellement, nous ne formons pas suffisamment d'infirmiers et d'infirmières au pays. Nous allons le dire plus officiellement dans le rapport du CCCSI qui sera publié d'ici un mois. Les provinces ont un peu rectifié le tir en augmentant le nombre de ces inscriptions de 10 p. 100 ou 15 p. 100, mais cela ne règle pas le problème quand on a réduit le nombre d'inscriptions de plus de la moitié.

The argument that this is all part of a global nursing shortage, that this goes to the issue of women not wanting to go into nursing because they can now go into law, medicine and other careers that were not as open to them several decades ago, does not stand scrutiny. Every one of those 4,400 nursing seats is sought after by between three and 15 applicants, depending on the location in the country.

If I had to pick one piece of the health human resources aspect that seems to cry out for a straightforward answer, there are many men and women in Canada who want to be nurses. There is a huge need for them. This is evidenced not only by the absolute shortage, but also by the overtime hours that nurses are working and the heavy accident and illness absenteeism. In the nursing workforce, we lose one week more than we lose in the rest of the Canadian labour force. That is, nurses lose on average three weeks a year to accident and injury, while the rest of the Canadian workforce, even those in mining and forestry, lose on average two weeks.

We have too few nurses and we are burning them out. We have gone to an industrial model were many nurses in Calgary and Edmonton, with their overtime, are making \$100,000 a year. The difficulty is they are not lasting because the amount of time they are working is causing them to not see through a career but to burn out, and the level of patient care suffers in those circumstances. This is not an auto plant where if someone works too many hours maybe the wheel does not get bolted or someone gets a car with a rattle. These are human beings.

We made some errors in the physician field as well. We reduced enrolments in the early 1990s and, again, I was part of that. We did not make the other changes that we were supposed to make as part of the Barer-Stoddart policy thrust. We did not reform primary care, so we now have a physician shortage. It is not as readily solvable as the nursing shortage because the training times are much longer. We are starting to see some progress there.

I know the Government of Canada through HRDC is funding two large studies. To paraphrase David Sackett, you do not need a double blind, random clinical trial to apply common sense. Common sense would say we need more nurses in this country and we need them urgently. I weighed in on that, which segues to primary care. I know if I say this that someone will quote it and it will be a mistake.

I was speaking at Queen's University on Saturday and Ruth Wilson, who is heading up the primary care reform in Ontario, was chairing the panel and Duncan Sinclair, who headed up the

L'argument voulant que tout cela fasse partie d'une pénurie d'infirmières à l'échelle mondiale, que c'est lié au fait que les femmes ne veulent pas aller en nursing parce qu'elles peuvent maintenant faire carrière en droit, en médecine ou ailleurs dans des domaines qui ne leur étaient pas ouverts il y a plusieurs décennies, eh bien cet argument-là ne tient pas. Chacune de ces 4 400 places en nursing fait l'objet de trois à 15 demandes, selon l'endroit au pays.

Si je devais choisir un volet de l'aspect des ressources humaines en santé qui semble nécessiter une réponse directe, je dirais qu'il y a beaucoup d'hommes et de femmes au Canada qui veulent devenir infirmiers et infirmières. Le besoin est énorme. À preuve, non seulement la pénurie absolue, mais les heures supplémentaires que font les infirmiers et les infirmières et le fort taux d'absentéisme pour cause d'accident et de maladie. Chez les infirmiers et les infirmières, on perd une semaine de travail de plus que dans le reste de la population active canadienne. C'est-à-dire que les infirmiers et infirmières perdent en moyenne trois semaines de travail par année à cause d'accidents et de blessures alors que le reste de la population active au Canada, même les gens qui travaillent dans le secteur minier et forestier, perdent en moyenne deux semaines.

Nous n'avons pas assez d'infirmiers et d'infirmières et nous sommes en train de les brûler. Nous avons adopté un modèle industriel selon lequel de nombreux infirmiers et infirmières de Calgary et d'Edmonton, avec leurs heures supplémentaires, gagnent 100 000 \$ par année. Le problème, c'est que nous les perdons parce qu'à cause du temps qu'ils travaillent, ils ne se rendent pas en fin de carrière mais ils s'épuisent, et dans ces circonstances, ce sont les soins aux patients qui en souffrent. Il ne s'agit pas d'une usine de construction d'automobiles où, si quelqu'un travaille trop d'heures, il pourrait y avoir une roue non boulonnée ou quelqu'un qui héritera d'une voiture cliquetante. Ce sont des êtres humains.

Nous avons commis certaines erreurs avec les médecins également. Nous avons réduit les inscriptions en médecine au début des années 90 et là encore, j'en suis en partie responsable. Nous n'avons pas apporté les autres changements que nous avions prévu apporter dans le cadre de la politique Barer-Stoddart. Nous n'avons pas réformé les soins primaires, de sorte que nous avons aujourd'hui une pénurie de médecins. Cette pénurie ne peut se régler aussi rapidement que celle des infirmières parce que les délais de formation sont beaucoup plus longs. Nous commençons à entrevoir certains progrès à cet égard.

Je sais que le gouvernement du Canada, par l'entremise de DRHC, finance actuellement deux grandes études. Pour reprendre ce que disait David Sackett, il n'est pas nécessaire de faire un essai clinique à double insu pour faire preuve de bon sens. Le bon sens veut que nous ayons besoin de plus d'infirmiers et d'infirmières au Canada et que ce besoin est urgent. J'ai eu une influence sur cela, qui touche les soins primaires. Je sais que si je dis cela, quelqu'un va me citer et que ce sera une erreur.

J'ai prononcé un discours à l'université Queen's samedi; Ruth Wilson, qui est en charge de la réforme des soins primaires en Ontario, présidait le groupe de discussion et Duncan Sinclair, qui

restructuring of the hospitals in Ontario, was sitting in the audience. I said, "You know, Ruth, you have a far harder job than Duncan did." When you restructure hospitals, you have boards and management. If you order two hospitals to merge, people will talk about how best to merge and, in some cases, whether to fight it or not. There is actually a management structure to get it done.

When you think about Canadian physicians — particularly family physicians in solo practice —they are run off their feet. My younger brother is a family doctor in Brandon, Manitoba. He puts in long hours and does not have a big appetite to go to meetings to talk about whether he should merge with half a dozen other family doctors. It is not entirely in their nature and in their training.

You have an issue on primary care reform. I will regret saying this later, but it is like trying to collectivize farms on a voluntary basis. The solo-practice family doctor has many of the characteristics, both good and bad, of the Prairie farmer. He has a terrific streak of independence and a huge capacity for hard work, but a genuine reluctance to be at risk in a partnership.

When I grew up, there were endless schemes on the Prairies to get farmers to share combines and tractors. It seemed foolish to every economist who looked at it, as each farmer had more equipment than necessary, but no one wanted to miss the harvest. They did not want to be caught without the ability to bring in their crops.

Without flogging this analogy too hard, we have tried for 40 years to bring about reform in primary care. We have had modest impact. This requires a great deal of effort to be done, but it is the right thing to do. We would be far better off with the primary care system that you envisage, although you are vague about exactly what it will look like.

I am sure you have had advocacy from a number of groups about whether it should be physician led, multidisciplinary, or nurse led. I concur with your view that there are many workable models. The single biggest thing is to move from a model that cannot really work any more — which is solo practice — to groups. Those groups could have many configurations. There is not a single correct model.

Health reform faces several challenges. First, if you do not have something more robust at the first level people encounter in the system, they will walk right through to the more intensive, difficult and crowded parts of the system. Second, much of what an aging population needs to stay healthy is advice. They need to talk to someone; they do not necessarily need another three prescriptions. Yet many of our medical appointments involve

a dirigé la restructuration des hôpitaux en Ontario, était dans la salle. J'ai dit:Vous savez, Ruth, vous avez un travail beaucoup plus difficile à faire que celui qu'a fait Duncan. Lorsque vous restructurez les hôpitaux, vous devez tenir compte des conseils d'administration et de la direction. Si vous ordonnez la fusion de deux hôpitaux, les gens vont discuter des meilleurs moyens de procéder à cette fusion et, dans certains cas, vont se demander s'ils doivent s'y opposer ou non. En fait, il existe une structure de gestion pour y arriver.

Quand on pense aux médecins canadiens — surtout aux médecins de famille en pratique isolée — ils sont submergés de travail. Mon jeune frère est médecin de famille à Brandon, au Manitoba. Il travaille de longues heures et n'a pas tellement le goût d'assister à des réunions pour discuter s'il devrait fusionner avec une demi-douzaine d'autres médecins de famille. Ce n'est pas véritablement dans la nature ni dans la formation de ces gens-là.

Vous allez aborder la question de la réforme des soins primaires. Je vais regretter plus tard de l'avoir dit, mais c'est comme essayer d'amener les agriculteurs à collectiviser leurs fermes volontairement. Le médecin de famille qui pratique seul dans son cabinet affiche nombre des caractéristiques, bonnes et mauvaises, de l'agriculteur des Prairies. Il est extrêmement indépendant et dispose d'une énorme capacité de travail, mais il a aussi une véritable aversion pour le risque du partenariat.

Lorsque j'ai grandi, nombre de projets dans les Prairies visaient à amener les agriculteurs à partager les machines et les tracteurs. Cela paraissait ridicule aux yeux de tous les économistes qui examinaient la question que chaque agriculteur ait plus d'équipement que nécessaire, mais personne ne voulait manquer la récolte. On ne voulait pas être pris de court et incapable de faire sa récolte.

Sans pousser l'analogie trop loin, nous avons tenté pendant 40 ans de réformer les soins de santé primaires. Nous avons connu des succès modestes. Cela nécessite beaucoup d'efforts, mais c'est la bonne chose à faire. Nous serions beaucoup mieux si nous disposions du système de soins primaires que vous envisagez, même si vous ne précisez pas exactement ce dont il s'agirait.

Je suis sûr que vous avez eu des conseils de plusieurs groupes quant à savoir si la réforme devrait être menée par des médecins, des infirmières, ou s'il devrait s'agir d'une réforme multidisciplinaire. Je suis d'accord avec vous pour dire qu'il y a de nombreux modèles réalisables. Le plus difficile, c'est de passer d'un modèle qui ne peut plus véritablement fonctionner — c'est-à-dire la pratique isolée — à un modèle collectif. Les groupes pourraient avoir de nombreuses configurations. Il n'y a pas qu'un seul bon modèle.

La réforme de la santé comporte plusieurs défis. Premièrement, si vous n'avez pas quelque chose de plus solide au premier niveau, où les gens arrivent dans le système, ils iront immédiatement aux niveaux plus intensifs, plus difficiles et plus embourbés du système. Deuxièmement, pour que la population vieillissante demeure en santé, ce dont elle a souvent le plus besoin, c'est de conseils. Les gens ont besoin de parler à quelqu'un. Ils n'ont pas

prescriptions being written because there is both an expectation and a ritual to it.

Smoking cessation is something else that is helpful to people's health. Apart from a family doctor telling a patient that smoking will kill him, there is no capacity in the way we have organized the system to really have an impact on that health risk at the primary care level.

Looking at other countries, you can see them starting to make some ground on primary care reform. We must think about how. It may be worth thinking about changes in the Canada Health Act or in the funding. What we have by insuring physician services is a very powerful system that is very hard to change, even for the medical leadership who see the vision of a different health system. It is very hard to alter fee-for-service because it is parallel to the way other professionals, lawyers and accountants, are paid. It is bound up with notions of independence.

There are parts of this that are already on the right path, such as research.

Changing primary care could do a great service to the nation, if you can elaborate it and walk down the logic trail of how you incent the change. It will have a different flavour in different parts of the country. Some parts of the country have made great strides in this direction. When I lived in Montreal, I had excellent service from a CLSC. Quebec moved on part of this issue back as early as the 1960s. Other parts of the country have not moved very far at all.

Finally, on Aboriginal health, which is a federal jurisdiction, something more dramatic is called for. Our Aboriginal people have a life expectancy almost exactly 10 years less than the rest of the population. That is a stunning indictment of our approach on this issue over a long period of time.

This could be dealt with in one of two ways. It could be devolved to the provinces. That would have the virtue of being better integrated. It would need a funding mechanism that the provinces were willing to take seriously, and it would need the support of the Aboriginal leadership, who may be reluctant to lose their access to the federal government and, frankly, the federal Treasury.

The other way to go would be to have a federal minister of Aboriginal health. Let us have the kind of political accountability we have provincially, and have a separate ministry with an action plan. For example, over a generation, the goal could be to make the life expectancy of our Aboriginal population very much closer to, or the same as, the rest of the population.

nécessairement besoin de trois autres ordonnances. Pourtant, dans bien des cas, lors de leur visite chez le médecin, on leur donne une ordonnance parce que d'une part, ils s'y attendent, d'autre part, cela fait partie d'un certain rituel.

Cesser de fumer, voilà autre chose d'utile pour la santé des gens. Mis à part le fait que le médecin de famille dise à un patient que la cigarette va le tuer, il est impossible dans le système, tel qu'il est actuellement structuré, d'avoir véritablement un impact sur ce risque pour la santé au niveau des soins primaires.

Si vous regardez les autres pays, vous constaterez que certains d'entre eux ont commencé à gagner du terrain en matière de réforme des soins primaires. Nous devons réfléchir à la façon de le faire. Il pourrait être bon de songer à modifier la Loi canadienne sur la santé ou le financement des soins de santé. Ce que nous donne l'assurance des services d'un médecin, c'est un système très puissant qui est très difficile à changer, même pour les dirigeants du corps médical qui ont une vision différente du système de santé. C'est très difficile de modifier le système de rémunération à l'acte parce que c'est semblable à la façon dont d'autres spécialistes, avocats et comptables, sont rémunérés. Le système est relié à certaines notions d'indépendance.

Cependant, certains volets vont dans la bonne direction, comme la recherche.

Changer les soins de santé primaires pourrait être très avantageux pour le pays, si on peut en préciser les tenants et les aboutissants et qu'on peut voir comment, de façon logique, on peut favoriser le changement. Bien sûr, cela prendra une couleur différente dans différentes régions du pays. Certaines ont fait d'énormes progrès en ce sens. Quand je vivais à Montréal, j'ai déjà eu un excellent service d'un CLSC. Au début des années 60, le Québec s'est attaqué à la question. D'autres régions du pays n'ont pas beaucoup progressé.

Enfin, en ce qui concerne la santé des Autochtones, laquelle relève de la compétence du gouvernement fédéral, des mesures plus urgentes s'imposent. Nos Autochtones ont une espérance de vie inférieure de presque exactement 10 ans à celle du reste de la population. Cela remet rudement en cause notre approche à l'égard de cette question sur une longue période.

Le problème pourrait se régler de l'une ou l'autre des deux façons suivantes. La compétence pourrait être confiée aux provinces. Cela aurait le mérite d'une meilleure intégration. Il nous faudrait un mécanisme de financement que les provinces acceptent d'aborder avec sérieux, et il faudrait le soutien des leaders autochtones qui sont peut-être hésitants à perdre leur accès au gouvernement fédéral et, en toute franchise, au Trésor fédéral.

L'autre façon serait d'avoir un ministre fédéral responsable de la santé des Autochtones. Dotons-nous du type de responsabilité politique que nous avons à l'échelle provinciale, et ayons un ministre distinct qui a un plan d'action. Par exemple, sur une génération, l'objectif pourrait être de faire en sorte que l'espérance de vie de notre population autochtone soit beaucoup plus près que celle du reste de la population, voire la même.

Although I do not have data to support it — I hope to in the near future — I would be willing to guess that the gradient across Aboriginal communities is quite steep. Those communities that have had economic development will have a life expectancy that is a good deal better than the worse off communities. I am certain those Aboriginal people who had higher education will also exhibit a life expectancy much nearer their professional peers than from the communities from which they came. You have looked at this and the numbers are well known.

This issue has always been an orphan inside the Government of Canada. It is huge in dollar terms. With a population of half a million, it is larger than some of the provinces and the spending is on a par with several of the smaller provinces. I know you speak to it. In the era of self-government, these issues need to have the full participation of the Aboriginal leadership to be legitimate.

I would like to see someone clearly tasked and be held accountable for the job of improving the health of the Aboriginal population. I know there comes a time in the life of governments where people look for legacies. This one cries out for the investment of both time and resources to really change it. It should be a national embarrassment that we know so much about what causes ill health, we spend so many resources treating it, and yet we have made so little ground on reversing the root causes, despite much study.

There is a point of credibility with the provinces if the federal government takes a determined role in leading change in the broad healthcare system, as I think the people of Canada want it to do. This is putting one's own house in order as the Government of Canada. It would be a good thing to do, not just for that reason, but also on its merit.

I know I have done an injustice to your report, but if I were to comment on all of it, you would not have any time for questions. I will stop here and say I am overwhelmingly in support of the directions you propose, and of the view that your challenge is to figure out how to translate those into concrete plans that are implementable and achievable.

The Chairman: You made the observation that how we fund hospitals and doctors is absolutely critical. Your words were to the effect of "we have to get the incentives right." Our proposal vis-à-vis hospitals is that we move to a service-based funding system, or fee-for-service funding system for hospitals, and away from the current global budget, on the grounds that it provides an incentive both for hospitals and for other institutions to enter from a competitive standpoint. Could I hear your comment on that specific proposal, but more generally, on what are the right set of incentives for hospitals and doctors?

Même si je n'ai pas les données à l'appui — j'espère les avoir bientôt — je dirais que le gradient dans les collectivités autochtones est assez marqué. Les collectivités qui ont connu un développement économique auront une espérance de vie qui est de beaucoup supérieure à celle des collectivités les plus mal en point. Je suis certain que les Autochtones qui ont fait des études plus poussées auront aussi une espérance de vie bien plus proche de celle de leurs homologues professionnels que de celle de leur collectivité d'origine. Vous avez examiné cette question et les chiffres sont très bien connus.

Ce problème n'a jamais eu de porte-parole au sein du gouvernement du Canada. Les sommes en cause sont énormes. La population autochtone se chiffrant à un demi-million, elle dépasse celle de certaines provinces et les dépenses se comparent à celles de plusieurs des petites provinces. Je sais que vous en parlez. En cette ère d'autonomie gouvernementale, il faut la pleine participation des leaders autochtones pour légitimer ces problèmes.

J'aimerais bien que quelqu'un ait un mandat clair et qu'il soit responsable de l'amélioration de la santé de la population autochtone. Je sais qu'à un moment donné dans la vie des gouvernements, les gens s'attendent à ce qu'ils laissent certaines choses en héritage. Dans ce cas, il faut investir et du temps et des ressources pour véritablement changer les choses. C'est toute la nation qui devrait avoir honte d'avoir réalisé si peu de progrès quant aux causes fondamentales du problème, malgré de nombreuses études, alors que nous connaissons tellement de choses sur les causes d'une mauvaise santé, que nous dépensons tellement de ressources à traiter les gens.

Si le gouvernement fédéral décide de jouer un rôle déterminant et d'assumer la direction du changement dans l'ensemble du système de soins de santé, comme la population canadienne le souhaite à mon avis, il doit asseoir sa crédibilité auprès des provinces. C'est dire que le gouvernement du Canada doit mettre de l'ordre dans ses affaires. Ce serait une bonne chose, pas seulement pour cette raison, mais aussi en soi.

Je sais que j'ai été injuste à l'égard de votre rapport, mais si je devais faire des commentaires sur tout ce qu'il contient, vous n'auriez pas le temps de me poser des questions. Je vais donc m'arrêter ici et dire que j'appuie sans réserves les orientations que vous proposez, et que je pense que votre défi consiste maintenant à voir comment traduire vos idées en des plans concrets susceptibles d'être mis en œuvre et réalisés.

Le président: Vous avez dit que la façon dont nous finançons les hôpitaux et les médecins est absolument cruciale. Vous avez dit qu'il faut avoir les bonnes mesures incitatives. Concernant les hôpitaux, nous proposons d'adopter un système de financement axé sur le service, ou un système de financement à l'acte pour les hôpitaux, et de délaisser le système actuel de budget global, parce que la concurrence pourrait s'avérer une mesure incitative tant pour les hôpitaux que pour les autres établissements. Que pensezvous de cette proposition en particulier, mais de façon plus générale, quelles sont, à votre avis, les bonnes mesures incitatives pour les hôpitaux et les médecins?

Mr. Decter: We are only in the position with regionalization to actually do this because I think you need broader governance, which leaves Ontario as a bit of a dilemma.

The Chairman: At every conference I go to with groups of the medical profession on the question of regionalization, they refer to Ontario as the control group.

Mr. Decter: Ontario, despite Duncan Sinclair's best efforts, took the placebo a bit in this. To be fair, in those parts of Ontario where there is a single broad hospital organization on a geography, you are not terribly far off. If you bring the hospital together with the District Council, which does planning, and the Community Access Centre, which purchases home care, you can construct something — and some communities have — that is a virtual regional delivery system.

First, population density is underrated as a factor in the ability to implement an internal market. It is one of the hazards of the European experience brought to Canada. Purchaser/provider splits work well where you have enough density of population and enough density of providers to have some competition.

Therefore, we can say, "Sunnybrook Health Science Centre, you are doing a great job of hips," or, "Sorry, University of Health Network, you are not doing such a great job." We would do more hips at Sunnybrook on a cost-quality basis.

However, if you have a single hospital in Sudbury, you have some issues. You can certainly measure how they are doing, but it is not clear to me that the end game works necessarily in areas of low population density. Some theorists will argue that you can make it work.

We have two realities in Canada. We have a good portion of the population, perhaps 70 per cent, living in a handful of big cities where I think this model can work very well. The competition could be virtuous in terms of driving a better price and quality point over time. In the rest of it, you need strategies to have enough service there to meet the needs. It is not a matter of competition. It is more a matter of stability of funding and strategies to allow providers to actually locate.

The right way of funding hospitals, in my view, is to fund them for what they do, for what they actually accomplish in outcome terms. We do not have the data to support it so for the moment, I think we are still at a combination of some funding for them being there, because they have plant costs and they should be efficient at that. The Sinclair Commission did dig in to some of those costs. The real incentive funding should be for their effectiveness at

M. Decter: Nous ne pouvons réaliser cela qu'avec la régionalisation, parce que je pense qu'il faut plus de pouvoirs pour y arriver, ce qui laisse l'Ontario un peu dans un dilemme.

Le président: À toutes les conférences auxquelles j'assiste avec des groupes de la profession médicale sur la question de la régionalisation, on dit que l'Ontario a pris les devants.

M. Decter: L'Ontario, malgré que Duncan Sinclair ait déployé ses meilleurs efforts, a plutôt eu droit au placebo dans cet essai. À vrai dire, dans les régions de l'Ontario où il n'y a qu'un seul gros hôpital dans un secteur donné, on n'est pas tellement loin du compte. Si on intègre l'hôpital au conseil de district, qui fait la planification, et au centre d'accès communautaire, qui achète les soins de santé, on peut construire quelque chose qui ressemble à un système de prestation de soins à l'échelle régionale — et c'est ce qu'ont fait certaines collectivités.

Premièrement, on n'accorde pas assez d'importance à la densité de la population comme facteur influant sur la capacité de mettre en œuvre un marché interne. C'est là un des dangers de l'expérience européenne transposée au Canada. La répartition du travail entre l'acheteur et le fournisseur se fait bien si la densité de population est suffisante et s'il y a suffisamment de fournisseurs pour qu'il y ait concurrence.

Ainsi, on peut dire au Sunnybrook Health Science Centre qu'il fait un travail extraordinaire en ce qui a trait au remplacement des hanches, ou encore au University of Health Network: Désolé, votre travail n'est pas tellement bon. On pourrait faire plus de remplacements de hanches au Sunnybrook en tenant compte et des coûts et de la qualité du service.

Cependant, si vous avez un seul hôpital à Sudbury, cela cause des problèmes. Vous pouvez certainement mesurer le rendement de cet hôpital, mais pour moi, il n'est pas clair qu'en bout de ligne, cela puisse nécessairement fonctionner dans des régions à plus faible densité de population. Certains théoriciens diront qu'on peut y arriver.

Nous avons deux réalités au Canada. Une bonne partie de notre population, peut-être 70 p. 100, vit dans une poignée de grosses villes où ce modèle peut très bien fonctionner, je pense. La concurrence pourrait permettre d'obtenir un meilleur prix et des soins de plus grande qualité avec le temps. Ailleurs, il faudrait adopter des stratégies permettant d'avoir suffisamment de services pour répondre à la demande. Ce n'est pas une question de concurrence. C'est plus une question de stabilité du financement et de stratégies pour permettre aux fournisseurs de les donner au bon endroit.

À mon avis, la bonne façon de financer les hôpitaux, c'est de les financer pour ce qu'ils font, pour les résultats qu'ils obtiennent. Nous n'avons pas les données nous permettant d'appuyer cette façon de faire de sorte que pour l'instant, je pense que nous en sommes encore à une combinaison de financement pour les hôpitaux parce qu'ils doivent assumer des coûts d'immobilisations et qu'ils doivent être efficaces. La

providing the procedures for delivering the patient days, for delivering the cardiac surgeries — whatever the list.

The Chairman: We have service-based funding.

Mr. Decter: I think service-based funding is the right way with a couple of caveats. You must have a system that is well enough documented and data strong enough you do not get gamed. There is a great deal of evidence of gaming south of the border. As you will remember, a major hospital chain in the U.S. — HCA Columbia — was litigated by the government of the United States for cheating them to the tune of hundreds of millions, if not billions of dollars, by having their thumb on the scale on the coating.

You need a system that is honest, if you want that to work. We have quite a political system at the moment. You need high quality data. You need independence because if the game is not seen to be fair, you will get real resistance from it.

It is striking that the distribution of money amongst hospitals in Ontario is one of the most stable things in the whole world of health care over time. There is a great deal of push to letting a system be driven on service-based funding. There are some issues with the academic-based medical centres that need attention. I do think it is in the right direction.

If and when you get primary care groups that are robust enough, I think they can be purchasers — as they have in the U.K. — for some level of service. This is a fairly long process to get to from your stages, phases one to three.

The Chairman: We talked in the order of a decade.

Mr. Decter: In terms of funding physicians, I do not believe that that fee-for-service is the root of all evil in medicine. It is a good way to pay for procedure-based medicine. I would not like to see our general surgeons ever taken off fee-for-service. It is not a great way to pay for primary care.

The Chairman: Which is a distinction we made.

Mr. Decter: Much of the fee-for-service that goes into the hospitals gets laundered through practice plans. You have the department head negotiating with a new recruit around the package. Although the money may come into the practice plan fee-for-service, it often does not go out of it on that basis. There is a management structure, which is why I think we are in far better shape for those hospital-based specialists being able to make some change than we are with the community-based specialists and family practitioners.

Commission Sinclair a effectivement examiné certains de ces coûts. En ce qui a trait au financement, la véritable mesure incitative pour les hôpitaux devrait porter sur leur efficacité à appliquer les procédures adéquates pour offrir les soins nécessaires aux patients, pour offrir les chirurgies cardiaques nécessaires, peu importe la liste.

Le président: Nous avons un financement axé sur le service.

M. Decter: Je pense que le financement axé sur le service est la bonne façon de faire, mais assorti de quelques conditions. Il faut avoir un système qui soit suffisamment documenté et soutenu par des données suffisamment fiables pour ne pas se faire avoir. Il y a beaucoup de preuves qu'on se fait jouer au sud de la frontière. Vous vous souviendrez qu'un grand hôpital aux États-Unis, le HCA Columbia, a fait l'objet d'un litige de la part du gouvernement des États-Unis pour avoir réclamé en trop des centaines de millions de dollars, voire des milliards de dollars, en gonflant les réclamations.

Il faut un système qui soit honnête si l'on veut qu'il fonctionne. Notre système politique est assez bon pour l'instant. Il nous faut des données de grande qualité. Il nous faut l'indépendance parce que si les règles du jeu ne sont pas perçues comme étant équitables, on fera face à beaucoup de résistance.

Il est frappant de voir que la répartition de l'argent entre les hôpitaux de l'Ontario est l'une des choses les plus stables que tout le monde de la santé connaît depuis des années. Beaucoup réclament un système dont le financement serait axé sur le service. Certains problèmes relevés dans les centres médicaux universitaires requièrent notre attention. Je pense vraiment que l'on s'oriente dans la bonne direction.

Si l'on a un jour des groupes de soins de santé primaires suffisamment solides, je pense qu'ils pourraient être des acheteurs — comme c'est le cas au Royaume-Uni — de certains services. Passer des phases un à trois que vous décrivez peut être un processus assez long.

Le président: Nous avons parlé d'une décennie environ.

M. Decter: En ce qui a trait à la rémunération des médecins, je ne crois pas que la rémunération à l'acte soit la cause de tous les maux en médecine. C'est une bonne façon de rémunérer une médecine fondée sur les interventions. Je n'aimerais pas voir nos chirurgiens généralistes rémunérés autrement. Mais ce n'est pas une bonne façon de payer dans le domaine des soins primaires.

Le président: Distinction que nous avons faite.

M. Decter: Une bonne partie de la rémunération à l'acte qui va dans les hôpitaux disparaît au profit des plans de pratique. Prenez, par exemple, un chef de département qui négocie avec une nouvelle recrue au sujet de son salaire. Bien que l'argent puisse entrer dans les budgets pour payer le plan de pratique des services rémunérés à l'acte, souvent, il sert à autre chose. Il y a une structure de gestion, et à mon avis, c'est la raison pour laquelle nous avons de bien meilleures possibilités d'apporter certains changements avec les spécialistes qui travaillent dans les hôpitaux que nous n'en avons avec les spécialistes au sein des collectivités et les médecins de famille.

Senator LeBreton: On the issue of primary care reform, there are areas of the country where some models are working. In the smaller centres, especially, there seems to be a little more desire to work in primary care teams. We will meet a lot of resistance. You talked about doctors being bound up in their own independence.

What could we do to encourage individual doctors who have large practices with walls of files operating independently to get involved in some kind of primary care team set-up?

Mr. Decter: First, one of the targets I would focus on is new doctors entering practice. Half of the new doctors entering practice are women. The survey data I have seen suggest that doctors who are entering practice or have entered in the past five or seven years are more interested in having a predictable compensation deal. That is, they would far rather have an income, a bonus, car, predictable holidays and benefits. They are not wedded to the notion that fee-for-service somehow attacks their professional autonomy or independence. The views of the PARA organization in Ontario, which represents interns and residents, are in a different place than the Ontario Medical Association, which has been tiptoeing towards reform and has had some courageous leadership. However, they often shoot their courageous leaders.

One strategy would be to present a credible, attractive package to new doctors entering family practice to go into groups, to go into a reform primary care model. It sounds as though it will take decades, but at least we would be starting.

In terms of ones that are already in, you put your finger on it very directly when you said "a roomful of paper files." I had occasion to go back to my hometown of Winnipeg and visit my father's old clinic, the Manitoba Clinic, which houses some 60 or 70 specialists. The patient chart room was the most familiar in that it had not changed at all. There were still paper files with no automation.

I think bribery is in order in this particular sphere. I would bribe the doctors to convert. It is in everyone's interest that they do so. Once the information is in an electronic form, there are many things that one can do with it — including things of which you might not immediately think.

Many doctors are inclined to participate with their patients in clinical trials. It makes them feel connected to innovation in medicine. It makes them feel connected to progressive change. That is much easier to do if your patient practice is automated.

Le sénateur LeBreton: En ce qui a trait à la réforme des soins primaires, il y a des régions du pays où certains modèles fonctionnent. Dans les petits centres en particulier, on semble beaucoup plus désireux de travailler en équipes de soins primaires. Nous allons faire face à beaucoup de résistance. Vous avez parlé des médecins qui sont enlisés dans leur indépendance.

Que pourrions-nous faire pour inciter certains médecins qui ont de grosses pratiques, des murs remplis de dossiers et qui travaillent de façon indépendante à s'impliquer dans la composition d'équipes de soins primaires?

M. Decter: Premièrement, l'une des premières cibles que je viserais, ce sont les nouveaux médecins qui entrent dans la pratique. La moitié d'entre eux sont des femmes. Les données de sondage que j'ai en ma possession indiquent que les médecins qui entament leur pratique ou qui l'ont entamée au cours des cinq ou sept dernières années sont plus intéressés par une entente de rémunération prévisible. Cela veut dire qu'ils aimeraient bien mieux avoir un revenu, une prime, une voiture, des vacances prévues et des avantages. Ils ne croient pas nécessairement que la notion de rémunération à l'acte mine en quelque sorte leur autonomie ou leur indépendance professionnelle. L'organisation PARA en Ontario, qui représente les internes et les résidents, a une opinion différente de celle de l'Association médicale de l'Ontario, qui avance à petits pas vers la réforme et qui a pourtant connu des leaders courageux. Cependant, les leaders qui font preuve de courage sont souvent mis au ban de l'Association.

On pourrait adopter comme stratégie de présenter un ensemble de mesures crédibles et attrayantes aux nouveaux médecins qui entrent en pratique familiale pour les inciter à aller dans des groupes, pour qu'ils adoptent un modèle de réforme des soins primaires. Cela peut sembler pouvoir prendre des décennies, mais au moins nous aurions un point de départ.

En ce qui a trait à ceux qui sont déjà dans le système, vous mettez vraiment le doigt sur le bobo quand vous dites que le médecin a une pleine pièce de dossiers. J'ai eu l'occasion de retourner dans ma ville natale de Winnipeg et de visiter l'ancienne clinique de mon père, la Manitoba Clinic, où travaillent quelque 60 ou 70 spécialistes. La salle de dossiers des patients était celle que je reconnaissais le mieux, en ce sens qu'elle n'avait pas du tout changé. Il y avait encore plein de dossiers papier et aucune automatisation.

Je pense que dans ce domaine, on devrait soudoyer les médecins. Je leur offrirais de l'argent pour qu'ils informatisent leur système. C'est dans l'intérêt de tout le monde qu'ils le fassent. Une fois l'information sous format électronique, on peut l'utiliser de multiples façons, y compris de certaines manières auxquelles on ne pense même pas maintenant.

De nombreux médecins sont désireux de participer à des essais cliniques avec leurs patients. Ils se sentent ainsi rattachés à l'innovation en médecine, branchés sur le changement. C'est beaucoup plus facile de le faire si votre pratique est automatisée. While some folks think that the drug companies are not the biggest allies of reform, in some regards they actually could be allies in persuading doctors to move from a paper world to an electronic world. There are examples internationally.

It is very hard for a solo practice physician to squeeze out the resources to add another professional. The Dutch minister of health told me she had proposed to the Dutch family doctors that if they would reduce their inappropriate prescribing behaviour, she would flow the entire 200 million gilders back to them so that they could each hire a nurse practitioner. I think she was good at her word. I have not checked, not to doubt a government official.

There may be some very clear incentives as to a give and a get. Donna Segal and Ruth Wilson are doing a terrific job. If you try to negotiate the reform with medical associations, province by province, it would be a very long and complex process. There is room for some bolder initiatives that reach out to individual physicians. There are compelling reasons to make some change.

Senator LeBreton: We have some examples. We had a doctor from Prince George, B.C. who is very happy working in a primary care arrangement. It all goes back to quality of life. There are more women doctors and such an arrangement accommodates them in their family-bearing years.

Would you attack the problem in the areas where it is doable first and then hope the others follow?

Mr. Decter: Yes, absolutely. I would go for the easy ground first. Go after areas of under service where you are just not going to staff physicians.

The Northwest Territories run much of their primary care, or all of it, with nurse practitioners. There has been a perception in Northern Ontario that it must be a doctor or are they feel they are treated as second-class citizens.

It would be better to tackle those issues. In many small communities across the west where we have closed hospitals, nothing has been put back. The argument is advanced that you cannot get a doctor to go to that community because there is no longer a little hospital. Why not place a nurse practitioner? Why not establish a visiting arrangement that puts a physician in there one day a week?

We could be more creative. We have pretty much tapped out the English speaking nations of the world in our recruitment efforts — including the Irish, British and, more recently, South Même si certains pensent que les sociétés pharmaceutiques ne sont pas les meilleures alliées de la réforme, à certains égards, elles pourraient se mettre de connivence pour persuader les médecins de passer de l'ère du papier à l'ère de l'électronique. On trouve des exemples de ce genre de choses ailleurs dans le monde.

Il est très difficile pour un médecin en pratique privée de dénicher les ressources nécessaires pour ajouter un autre spécialiste. La ministre hollandaise de la Santé m'a dit qu'elle avait fait la proposition suivante aux médecins de famille hollandais: s'ils cessaient progressivement de prescrire de façon inappropriée, elle leur remettrait les 200 millions de gilders ainsi perdus de sorte que chacun puisse engager une infirmière praticienne. Je pense qu'elle a tenu parole. Je n'ai pas vérifié, question de ne pas mettre en doute la parole d'un représentant du gouvernement.

Il peut y avoir des mesures incitatives très claires visant le donnant donnant. Donna Segal et Ruth Wilson font actuellement un travail extraordinaire. Si vous tentez de négocier la réforme avec les associations médicales, province par province, le processus sera très long et complexe. Il y a place pour des initiatives plus osées s'adressant à chaque médecin individuellement. Il y a des raisons impérieuses de modifier certaines choses.

Le sénateur LeBreton: Nous avons certains exemples. Il y a un médecin à Prince George, en Colombie-Britannique, qui est très heureux de travailler dans une équipe de prestation de soins primaires. Tout cela revient à une question de qualité de vie. Il y a plus de femmes médecins et cette façon de faire leur accorde une certaine souplesse au cours des années où elles sont en âge de procréer.

Comment attaquerez-vous le problème? Dans les secteurs où les choses sont réalisables d'abord en espérant ensuite que le reste suivra?

M. Decter: Oui, absolument. Je m'attaquerais d'abord aux choses faciles. Je m'attaquerais aux régions où les services sont déficients, où l'on ne trouve tout simplement pas de médecins.

Les Territoires du Nord-Ouest assurent la majeure partie de leurs soins primaires, ou la totalité, à l'aide d'infirmières praticiennes. Dans le nord de l'Ontario, on estime qu'il faut un médecin, sinon les gens pensent être traités comme des citoyens de seconde classe.

Il serait préférable de régler ces problèmes. Dans de nombreuses petites collectivités réparties dans tout l'Ouest et où nous avons fermé des hôpitaux, rien n'a été remis en place. Les gens disent que l'on ne peut pas recruter de médecin pour la collectivité parce qu'il n'y a plus de petit hôpital. Pourquoi ne pas y placer une infirmière praticienne? Pourquoi ne pas établir une entente selon laquelle un médecin viendrait visiter la collectivité une journée par semaine?

Nous pourrions faire preuve de plus de créativité. Nous avons à peu près fait le tour des pays anglophones dans notre effort de recrutement, notamment l'Irlande, la Grande-Bretagne et plus

African. We have many fine physicians in this country as a result of that. Some of us have a bit of a moral qualm what we might have done to the countries that they have left.

I would absolutely go for the easy ground. I would go to places that are not well served. I would support adding non-physicians to physician groups. It is not about the right model; it is about moving the yardsticks. We have spent a long time looking for the perfect model for primary care reform. It has worked in some places largely because someone just had the will to do it.

Senator Fairbairn: Mr. Decter, if I have learned anything from the study that we have been undertaking, it is that in this area you cannot really tackle anything head-on by itself. There is no standalone; everything seems to be connected to something else that must be dealt with as well.

I have a great interest in literacy and how that factors in to just about everything. You are quite right in pulling out the Aboriginal health issue as one of enormous importance and enormous difficulty.

How would you reflect on one of the great barriers to bringing health into the Aboriginal community as being a culture issue? Do you see education and, indeed, fundamental literacy in many of those communities as important to pull those people into issues such as health concern? Very often, the processes that lead people to do better things in caring for themselves as well as make the connections to others to take better care may be lacking because of poor education. They may lack many of the necessary abilities.

Mr. Decter: That is extremely true. When you have communities that are enormously disadvantaged in broad socioeconomic terms, our instinct to put in a health service that looks much like that which we have elsewhere is not always the right thing to do.

I remember vividly an experience as a young public servant in Manitoba going up to Norway House, a large Aboriginal community that was suffering from repeated bouts of gastroenteritis. Many sick people were being taken out of the community. It turned out that the nursing station that had been built it to help the community had its sewage discharge running right into the water intake for the community. In a piece of extraordinary irony, the nursing station was the cause of much of the illness in the community. That was readily fixed. To me, it was a little symbolic of the effect of some of our efforts.

I do not take the view narrowly that it is about providing a southern style and quality of health service into those communities. It is a broader issue.

récemment l'Afrique du Sud. Ce qui nous a permis d'amener au Canada de nombreux médecins qui sont très bien. Certains d'entre nous se font certains petits scrupules sur le plan moral quant à ce que nous pourrions avoir fait aux pays qu'ils ont quittés.

Oui, absolument, je m'attaquerais d'abord aux choses faciles. J'irais dans les endroits qui ne sont pas bien servis. Je serais d'accord pour que l'on ajoute des spécialistes autres que les médecins aux groupes de médecins. La question n'est pas de trouver le bon modèle, mais plutôt de déplacer les balises. Nous avons passé beaucoup de temps à chercher le modèle parfait de réforme des soins primaires. À certains endroits, cela a fonctionné en grande partie parce que quelqu'un a tout simplement eu la volonté de changer les choses.

Le sénateur Fairbairn: Monsieur Decter, si j'ai retiré quelque chose de l'étude que nous avons entreprise, c'est que dans ce domaine, on ne peut véritablement pas régler directement quelque problème que ce soit isolément. Il n'y a pas de situations autonomes, tout semble relié à quelque chose d'autre qu'il faut régler également.

Je m'intéresse beaucoup à l'alphabétisation et à la façon dont tout cela s'intègre à peu près à tout. Vous avez tout à fait raison d'aborder la question de la santé des Autochtones et de dire qu'elle revêt une importance énorme et qu'elle constitue une énorme difficulté.

Pensez-vous que l'un des grands obstacles qui empêchent d'améliorer la santé des collectivités autochtones est une question de culture? À votre avis, est-ce que l'éducation et, en fait, l'alphabétisation de base dans nombre de ces collectivités, sont importantes pour amener ces gens à s'intéresser à des problèmes comme les questions de santé? Très souvent, la pénurie de moyens susceptibles de permettre aux gens d'améliorer la façon dont ils prennent soin d'eux-mêmes et de rejoindre ceux qui peuvent les y aider découle d'une piètre éducation. Ces gens-là n'ont peut-être pas nombre des habiletés nécessaires.

M. Decter: C'est extrêmement vrai. Lorsque d'instinct, nous instaurons, dans des collectivités extrêmement défavorisées sur le plan socio-économique en général, un service de santé qui ressemble beaucoup à celui que l'on trouve ailleurs, nous ne faisons pas nécessairement la bonne chose.

Je me souviens très bien d'une expérience que j'ai vécue en tant que jeune fonctionnaire au Manitoba en allant à Norway House, une grande collectivité autochtone qui souffrait d'accès répétés de gastro-entérite. On a retiré alors beaucoup de gens malades de la collectivité. Il s'est avéré que le dispensaire construit pour aider la collectivité déversait ses égouts là où les gens puisaient leur eau. Fait passablement ironique, le dispensaire était la cause de la majeure partie des maladies de la collectivité. Le problème a été réglé rapidement. Pour moi, c'était un peu symbolique de l'effet de certains de nos efforts.

Je ne m'enferme pas dans l'idée qu'il faut appliquer un style et une qualité de services de santé correspondant à ceux du Sud dans ces collectivités. Le problème est plus vaste. I would make an observation that might be controversial. In my experience, the Aboriginal leaders are far more willing to sacrifice the current generation for their children. They are very committed at the community level to their children having better prospects than they do. They would make a different set of health investments for the sake of their children than we might make looking at health issues in the community.

The most telling illustration that I have of that was in a community in Northern Ontario. As deputy minister of health, the chief invited me to visit. The Department of Community Services — our sister department in those days — had built a senior citizens' residence. No one had moved into it. It had been vandalized. That department had a very low opinion of the community. They urged me not to go because it was community that was bad and irresponsible.

I went there to visit with the chief and the council and to tour the community. I began to understand their view. When translated into Cree, what the senior's residence becomes "place to go die." Their view was such that they did not want their elders in a building separate from their families and from the community.

When we reviewed the documents, we realized that for 15 years they have wanted a hockey arena for their kids to play hockey against the teams from the other communities. After a prolonged struggle, they got their hockey arena. I was struck with the fact that, although they were not necessarily the most articulate people with whom I have ever dealt, the elders were passionate in saying that it is all about the children — they want to do something for their children. It is instinct to do that. These are original citizens, and every group that has ever come to this country has wanted something better for their children than what they had as children.

When I talk about changing the life expectancy, it might be a generation. We might have to ask what it would take for the children being born now. This goes right to the wonderful investment in early childhood development and my enormous respect for Mr. Fraser Mustard for single-handedly campaigning for that for a long period of time.

Perhaps we need that focus within the Aboriginal community, which would bring with it huge challenges. Tackling this issue goes to population health issues, early childhood development issues and maybe more than issues of enormous medical sophistication. I would note that in some parts of Canada, a large percentage of the patients on end-stage renal dialysis are Aboriginal. We amputate far more limbs in the Aboriginal community for diabetes than elsewhere. It is not as though we are in a sense immune to the consequences of the ill health because we are facing those consequences.

Je vais faire une observation qui va peut-être susciter la controverse. D'après mon expérience, les leaders autochtones sont beaucoup plus disposés à sacrifier la génération actuelle pour leurs enfants. Ils sont très engagés à l'échelle de la collectivité à ce que leurs enfants aient de meilleures perspectives d'avenir qu'ils en ont. Les investissements en santé qu'ils feraient pour le bien de leurs enfants diffèrent de ceux que nous pourrions envisager de faire au regard des problèmes de santé dans la collectivité.

L'exemple le plus révélateur que j'ai à cet égard, c'est celui d'une collectivité du Nord de l'Ontario. Le chef m'avait invité à lui rendre visite à titre de sous-ministre de la Santé. Le ministère des Services communautaires — notre ministère jumeau à cette époque — avait construit une résidence pour personnes âgées. Personne ne s'y était installé. Elle avait été vandalisée. Ce ministère avait une très faible opinion de la collectivité. On m'a incité à ne pas y aller parce que c'était une collectivité qui était irresponsable et désordonnée.

J'y suis allé pour rendre visite au chef et au conseil ainsi que pour visiter la collectivité. J'ai commencé à comprendre leur point de vue. Traduit en cri, ce que la résidence pour personnes âgées voulait dire, c'était unendroit pour aller mourir. Les gens ne voulaient pas que leurs aînés aillent dans un immeuble éloigné de leurs familles et de la collectivité.

Lorsque nous avons examiné les documents, nous nous sommes rendu compte que pendant 15 ans, la collectivité réclamait un stade pour permettre à ses enfants de jouer au hockey contre les équipes des autres collectivités. Après une longue lutte, elle a obtenu son stade. J'ai été frappé par le fait que même si ce n'était pas nécessairement les personnes parmi les plus éloquentes que j'avais rencontrées, les aînés étaient passionnés lorsqu'ils parlaient des enfants, ils disaient vouloir tout faire pour leurs enfants. C'est leur instinct d'agir ainsi. Ce sont les premiers citoyens, et tous les groupes qui sont venus dans notre pays ont toujours voulu quelque chose de mieux pour leurs enfants que ce qu'ils avaient connu eux-mêmes comme enfants.

Quand je parle de changer l'espérance de vie, ça prendra peutêtre une génération. Il va peut-être falloir demander ce que ça prendra pour les enfants qui naissent maintenant. Ça nous ramène tout droit aux merveilleux investissements dans le développement de la petite enfance et à l'énorme respect que j'ai pour M. Fraser Mustard qui, tout seul, a fait campagne à cette fin pendant longtemps.

Peut-être avons-nous besoin de nous recentrer sur la collectivité autochtone, ce qui comporterait d'énormes défis. Pour régler ce problème, il faut régler les problèmes de santé de la population, les problèmes de développement de la petite enfance et peut-être faire davantage que de nous intéresser à une grande sophistication sur le plan médical. Je dirais que dans certaines régions du Canada, un bon pourcentage des patients qui sont en dialyse pour cause d'insuffisance rénale terminale sont des Autochtones. On ampute beaucoup plus de membres à cause du diabète dans les collectivités autochtones qu'ailleurs. Ce n'est pas comme si, en un sens, nous étions insensibles aux conséquences d'une mauvaise santé, car nous faisons face aussi à ces conséquences.

I do not think that greater efficiency at those things is the answer. Rather, the answer lays way back in the early years and the surrounding conditions.

Senator Fairbairn: The notion of having a special minister of Aboriginal health is an interesting idea. To bring people comfortably to the services being offered, there would have to be an adult education area of that ministry, not just an early childhood development area.

Mr. Decter: Yes.

Senator Fairbairn: It is so tough and I thank you for focusing on it.

Mr. Decter: The literacy issue is huge. When I was Deputy Minister of Health for Ontario, we made an agreement with the national Aboriginal organization to share information. They had an excellent staffer who was extremely knowledgeable about issues of Aboriginal health and particularly about diabetes. Mr. Ovide Mercredi and I came to an arrangement that each of us would pay one-half of her salary. She also helped us to translate. We had 105 diabetes education centres in Southern Ontario and almost none in Northern Ontario. Yet, it was an epidemic in the north. For the first time, some of the materials were translated into Aboriginal languages and so the education process actually began. Efforts of doctors at Mount Sinai Hospital have had some major pay-offs, although I have not been back to look at it. A great deal of it is not new knowledge, but rather just doing the things that work in Ottawa or Toronto and finding a way to translate them so that they are communicated and understood.

Senator Morin: Thank you. I have a number of questions. Sustainable funding is a crucial issue. Government revenues are so dependent on economic cycles. What is your answer to the fact that we have regular economic downturns? What should we do at those times to ensure stable funding? I realize that you said to take part of it. However, should we allow deficit funding, as we did in the early 1990s, or should we cut other programs, as we have done recently? It is difficult to maintain stable funding when revenues are not stable.

My next question is about primary care, which is a difficult issue. After all these years, there has not been much progress in Ontario despite the fact that the Sinclair report was excellent and so detailed. There are many factors involved here. As you said, there is some inertia exhibited and there is the fear that physicians will become bureaucrats within a civil service.

I read the Sinclair report carefully and I could not find any information about who would actually direct the activities of the primary care team. I asked Dr. Sinclair who controls the team or manages the activities. He said that information was not in the

Je ne dis pas qu'une plus grande efficacité à cet égard, c'est la solution aux problèmes. La réponse, on la trouve dans les premières années de la vie et les conditions environnantes.

Le sénateur Fairbairn: L'idée d'avoir un ministre responsable de la santé autochtone est intéressante. Pour amener les gens à se sentir à l'aise de se prévaloir des services offerts, il faudrait qu'il y ait un secteur d'éducation des adultes au sein de ce ministère, pas seulement un secteur voué au développement de la petite enfance.

M. Decter: C'est exact.

Le sénateur Fairbairn: C'est tellement difficile, et je vous remercie de vous concentrer là-dessus.

M. Decter: Le problème de l'alphabétisation est énorme. Lorsque j'étais sous-ministre de la Santé de l'Ontario, nous avons conclu une entente avec l'organisation autochtone nationale en vue de transmettre de l'information. L'organisation avait, parmi son personnel, une excellente employée très au fait des questions de santé autochtone et surtout du diabète. M. Ovide Mercredi et moi-même avions convenu de payer chacun la moitié de son salaire. Elle nous aidait également dans la traduction. Nous avions 105 centres d'information sur le diabète dans le sud de l'Ontario et pratiquement aucun dans le nord de la province. Pourtant, le diabète avait l'allure d'une épidémie dans le Nord. Pour la première fois, certains des documents ont été traduits en langue autochtone, de sorte que le processus d'éducation s'est vraiment mis en branle. Les efforts des médecins au Mount Sinai Hospital ont eu des répercussions majeures, même si je ne suis pas retourné pour en prendre connaissance. En grande partie, la solution n'est pas d'apporter un savoir nouveau, mais plutôt d'adopter des mesures qui fonctionnent à Ottawa ou à Toronto et de trouver une façon de les traduire de sorte qu'elles puissent être communiquées et comprises.

Le sénateur Morin: Merci. J'aimerais poser un certain nombre de questions. Le financement durable est une question essentielle. Les recettes du gouvernement sont tellement tributaires des cycles économiques. Comment réagissez-vous au fait que nous avons régulièrement des replis de l'économie? Que devrions-nous faire en pareil moment pour assurer la stabilité du financement? Je réalise que vous avez dit qu'il fallait s'y adapter. Cependant, devrait-on permettre un déficit budgétaire comme on l'a fait au début des années 90 ou plutôt supprimer d'autres programmes comme cela s'est fait récemment? Ce n'est pas facile de maintenir un financement stable quand les recettes ne le sont pas.

Ma question suivante porte sur les soins primaires, qui est un enjeu complexe. Après toutes ces années, on ne constate pas beaucoup de progrès en Ontario malgré l'excellence du rapport Sinclair, si détaillé. Il y a beaucoup de facteurs en cause ici. Comme vous l'avez dit, on constate une certaine inertie et on craint que les médecins deviennent des bureaucrates dans une fonction publique.

J'ai lu le rapport Sinclair attentivement et je n'ai trouvé aucune information indiquant qui devrait être chargé de diriger les activités de l'équipe de soins primaires. J'ai demandé au Dr Sinclair qui contrôlerait l'équipe ou gérerait les activités. Il

report even though it is a crucial issue. This is really the crux of the problem.

The CLSC — le centre local de services communautaires — issue was discussed and we heard horror stories about it when we were in Montreal. There was a series of articles in *La Presse* that made interesting reading for physicians who had worked in CLSC. They had been forced to attend meetings for days on end. One person described her usual week as being one-half day of clinical work and the balance for meetings and report writing. It was a real impediment to performing clinical work in the facilities. There was no secretarial help for the physicians who had to book their appointments themselves and perform the other necessary clerical work.

There is a danger of that occurring again and you know the civil service. You have been around enough to know that there are managers, assistant managers, personnel directors, financial directors, and then there is the poor individual at the bottom of the ladder doing all of the work. There is certainly a problem with such a set-up and this must be considered.

Concerning Aboriginal health, I am pleased that you will have studies. Health Canada was here discussing the health of Aboriginal people. Perhaps you could have those figures for me so that we could compare the information. Isolated rural communities are in bad shape. They have diabetes and life expectancy is low, et cetera. How do our isolated Aboriginal reserves compare with other isolated rural communities? We may be surprised to find that there is not much difference. The greatest factor may simply be that they are isolated rural communities.

Coming back to the minister of health, there is a big difference between health protection and health promotion and the delivery of health care. Delivery of health care is important, but I do not think it really affects the indicators such as life expectancy. In our report, we recommended that health care delivery be sent to the provinces. Actually, it should be sent to the regions. That is the best and most effective way to deliver health care services — close to the people, including First Nations.

A huge effort needs to be made in the area of health promotion. The issue of fetal alcohol syndrome is a catastrophe. The majority of Aboriginal women still drink heavily when they are pregnant. I saw recent figures on that. The Aboriginal population has the highest smoking rate in the world — 72 per cent. There is no other group of people in the world with such statistics. This really is the problem, and a strong effort needs to be made.

m'a répondu que le rapport ne donnait pas d'information à ce sujet même s'il s'agit d'une question essentielle. Cette question est véritablement au cœur du problème.

La question des CLSC — les centres locaux de services communautaires — a été discutée et nous avons entendu des histoires d'horreur à ce sujet lors de notre passage à Montréal. Une série d'articles parus dans La Presse constituait une lecture fort intéressante pour les médecins qui avaient travaillé dans les CLSC. Ces derniers étaient forcés d'assister à des réunions pendant des journées entières. Une personne a décrit sa semaine habituelle de travail comme comportant une demi-journée de travail clinique, le reste étant réservé aux réunions et à la rédaction de rapports. Il était vraiment difficile de faire du travail clinique dans ces organismes. Il n'y avait pas de secrétaire pour aider les médecins qui devaient prendre eux-mêmes leurs rendezvous et effectuer le reste du travail de bureau nécessaire.

Il est dangereux que la situation se reproduise et vous connaissez bien la fonction publique. Vous êtes dans le circuit depuis suffisamment longtemps pour savoir qu'il y a des gestionnaires, des gestionnaires adjoints, des directeurs du personnel et des finances, et cetera. et que c'est la pauvre personne au bas de l'échelle qui doit faire tout le travail. Cette structure pose certainement un problème et il faut l'examiner.

En ce qui concerne la santé des Autochtones, je suis heureux de voir que des études seront menées. Des représentants de Santé Canada sont venus discuter ici de la santé des peuples autochtones. Peut-être pourriez-vous obtenir ces chiffres pour moi de sorte que nous puissions comparer l'information. Les collectivités rurales et isolées sont en mauvais état. On y retrouve du diabète, l'espérance de vie y est faible, et cetera. Comment nos réserves autochtones isolées se comparent-elles avec d'autres collectivités rurales isolées? On serait peut-être surpris de voir qu'il n'y a pas tellement de différences. Le facteur le plus important est peut-être simplement qu'il s'agit de collectivités rurales isolées.

Pour revenir au ministre de la Santé, il y a une grande différence entre la protection et la promotion de la santé et la prestation des soins de santé. La prestation des soins de santé est importante, mais je ne crois pas qu'elle touche véritablement les indicateurs comme l'espérance de vie. Dans notre rapport, nous avons recommandé que la prestation des soins de santé soit confiée aux provinces, en fait, on devrait la confier aux régions. Il s'agit de la façon la meilleure et la plus efficace d'assurer les services de soins de santé, il faut être près des gens, y compris les Premières nations.

Il faut faire un effort énorme dans le domaine de la promotion de la santé. La question du syndrome d'intoxication fœtale à l'alcool est une catastrophe. La majorité des femmes autochtones boivent quand même beaucoup lorsqu'elles sont enceintes. J'ai vu des chiffres récents là-dessus. La population autochtone compte le taux de tabagisme le plus élevé au monde, 72 p. 100. Aucun autre groupe au monde n'a de telles statistiques. C'est véritablement un problème, et il faut faire de gros efforts pour le contrer.

Finally, electronic records are very important. Wherever this has been initiated right now, privacy concerns have stopped the evolution. In Quebec, as you know, the smart card is now in trouble because of privacy concerns. I am not saying that these are not legitimate concerns. However, they are an impediment to the development of these things. A recent poll in Quebec showed that 60 per cent of the population would not want to have their health information on a smart card.

Here in Ontario, you have the primary care network where a number of experimental primary care teams that had information. This was hit really hard recently. I do not know if you have a privacy commissioner in Ontario.

Mr. Decter: Yes.

Senator Morin: They said it was unsafe. You know the stand of the Privacy Commissioner in B.C. These privacy concerns, which up to a certain point are legitimate, prevent us from moving into that area.

Mr. Decter: Let me try to respond to the five points.

With respect to the electronic health record, I do worry. I have responsibility as chair of CIHI for ensuring that our privacy protections are as good as any and meet the standards. Through that, I have had occasion to meet with not only the federal Privacy Commissioner but also many of the provincial privacy commissioners.

It is almost a risk to one's continuing survival at any point to suggest that privacy should not be an overwhelming concern, so I will be careful. I think there is a balance here between the use of information to manage the health system and to look after the health of individual people and privacy. While we all hold out privacy to be a very important attribute of the health system, I think those views change when you say to someone, "If the choice is between having absolute privacy and having information that could safe the life of your child or your mother, there is a balance here."

It is not as though paper records somehow guarantee privacy. We read and have read for decades about doctors who retire and their records end up in a dumpster. There are many breaches of privacy with paper records.

Enfin, les dossiers électroniques sont très importants. Chaque fois qu'une telle mesure a été entreprise récemment, des préoccupations concernant la protection des renseignements personnels en ont stoppé l'évolution. Au Québec, comme vous le savez, la carte à puce est maintenant en difficulté à cause de préoccupations touchant la protection des renseignements personnels. Je ne dis pas que ce ne sont pas des préoccupations légitimes, mais elles sont un obstacle au développement de ce genre de choses. Un sondage récent mené au Québec a montré que 60 p. 100 des membres de la population ne veulent pas que les renseignements concernant leur santé soient mis sur une carte à puce.

Ici en Ontario, vous avez un réseau de soins primaires où un certain nombre d'équipes expérimentales disposent de cette information. Cela aussi a été durement attaqué ces derniers temps. Je ne sais pas si vous avez un commissaire à la protection de la vie privée en Ontario.

M. Decter: Oui.

Le sénateur Morin: On a dit que cette façon de faire n'était pas sûre. Vous connaissez la position du commissaire à la protection de la vie privée en Colombie-Britannique. Ces préoccupations concernant la protection des renseignements personnels qui, jusqu'à un certain point, sont légitimes, nous empêchent d'aller de l'avant.

M. Decter: Permettez-moi de répondre aux cinq points que vous avez soulevés.

En ce qui concerne le dossier électronique de la santé, cela m'inquiète. J'ai la responsabilité en tant que président de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) de veiller à ce que la protection des renseignements personnels que nous offrons soit aussi bonne que n'importe quelle autre et qu'elle respecte les normes établies. À ce chapitre, j'ai eu l'occasion de rencontrer non seulement le commissaire fédéral à la protection de la vie privée, mais nombre de ses homologues provinciaux.

Il est presque risqué pour sa survie de dire que la protection des renseignements personnels ne devrait pas être une préoccupation énorme, je vais donc être prudent. Je pense qu'il y a un équilibre à trouver ici entre l'utilisation de l'information pour gérer le système de santé et la collecte de renseignements sur la santé des gens et la protection des renseignements personnels. Même si nous estimons tous que la protection des renseignements personnels est une caractéristique très importante du système de santé, je pense que les gens changent d'opinion lorsqu'on leur dit: Si vous avez le choix entre avoir une protection absolue des renseignements personnels, d'une part, et avoir de l'information qui pourrait sauver la vie de votre enfant ou de votre mère, d'autre part, il faut ici trouver un équilibre.

Ce n'est pas non plus comme si les dossiers papier garantissaient une telle protection. On lit et on a lu depuis des décennies des histoires de médecins qui prennent leur retraite et dont les dossiers se retrouvent à la poubelle. Il y a eu beaucoup de manquements à la protection des renseignements personnels avec les dossiers papier.

The issue gets raised any time we try to move something into the electronic sphere. When we automated the Ontario Drug Benefit Program and linked the 2,500 pharmacies together, I went to cabinet in Ontario at three or four times on the privacy issue. It was the single most major issue.

Among the concerns were, "If my record is electronic for drugs and I have HIV/AIDS, then the pharmacist in my community will know that, and it could violate my privacy." This was put forward as a reason not to link the pharmacies together. If you think about it, if you have a prescription filled and it is hand-written, pharmacists would have exactly the same knowledge.

There is a tendency to associate the fear of a loss of privacy with this change. There are parts of the country where the real issue is who owns the medical record. Is the medical record owned by the physician? Is it owned by the patient? Is it owned by the payer? Or is it some combination? The issue you end up debating is an issue of privacy.

Privacy is very important, but so is managing the health system. There are two very important techniques for allowing health data to move. One is prior consent. For things like the Joint Replacement Registry, we are obtaining patient consent for the data and all of its use. The other is to de-identify the data. For management purposes, you do not need to know who had heart disease, but you do need to know how many people had heart disease and what age and so on. That is a manageable issue. You are right that it can be a barrier.

I will be pleased to come back to you on the Aboriginal health versus health of people in isolated and remote communities. My own guess is that both are elements. However, let me get some real data before I speculate on that.

I think you describe eloquently the fear that physicians have of ending up in a bureaucratized system. We should try to avoid that. When I say "multidisciplinary primary care," I am not sure that my mental image of that is that there actually is a manager. It may be simply an office in which, instead of there being one physician and a nurse, there are several physicians, a nurse practitioner and some other professionals. As professionals, people are quite capable of referring patients from one to another without there necessarily being a heavy management structure or a lot of time spent in meetings.

Some of the community health centres in Ontario — perhaps many of them — come more from a community services culture where meetings are more like the world of the social worker versus the world of the physician. The world of the social worker is much more meeting intensive and coordination intensive. I am

La question est soulevée chaque fois que l'on veut informatiser les données. Lorsque nous avons informatisé le Programme d'assurance-médicaments de l'Ontario et que nous avons relié les 2 500 pharmacies, on m'a convoqué devant le Cabinet ontarien à trois ou quatre reprises pour traiter la question de la protection des renseignements personnels. C'était le problème le plus important.

Les gens exprimaient des préoccupations comme celle-ci: si le dossier de mes médicaments est informatisé et que j'ai le VIH/sida, alors le pharmacien de ma collectivité le saura et cela violera mon intimité. C'était l'une des raisons invoquées pour ne pas relier les pharmacies. Vous pensez bien pourtant que lorsque vous faites exécuter une ordonnance rédigée à la main, les pharmaciens ont exactement la même information.

On a tendance à associer la peur de perdre la protection de ses renseignements personnels à ce changement. Il y a des régions du pays où le véritable problème est de savoir qui possède le dossier médical. Est-ce que ce doit être le médecin? Le patient? La personne qui paie? Ou un mélange quelconque de ces personnes? La question que l'on arrive à discuter se rattache au respect de la vie privée.

Protéger les renseignements personnels est très important, mais la gestion du système de santé aussi. Il y a deux techniques très importantes à respecter avant de permettre la circulation des données sur la santé. L'une est le consentement préalable. Pour des choses comme le Registre de remplacement des hanches, nous obtenons le consentement du patient pour toute utilisation des données. L'autre consiste à dépersonnaliser les données. Pour les fins de gestion, on n'a pas besoin de savoir qui a eu une maladie du cœur, mais il faut savoir combien de personnes en ont eu et quel âge elles avaient et ainsi de suite. C'est une question qui peut être gérée. Vous avez raison de dire que cela peut être un obstacle.

Je serais très heureux de vous revenir sur la question de la santé des Autochtones par rapport à celle de la santé des gens qui vivent dans les collectivités éloignées et isolées. Je dirais d'instinct que les deux éléments sont importants. Cependant, je vais obtenir de véritables données avant de pouvoir émettre des hypothèses.

Je pense que vous décrivez bien la peur qu'ont les médecins de se retrouver dans un système bureaucratisé. Nous devrions essayer d'éviter une telle situation. Lorsque je parle d'un système desoins primaires multidisciplinaires, je ne suis pas certain que l'image mentale que je m'en fais est celle d'un système dirigé par un gestionnaire. Il pourrait simplement s'agir d'un bureau dans lequel, au lieu d'avoir un médecin ou une infirmière, il y aurait plusieurs médecins, une infirmière praticienne et d'autres spécialistes. En tant que spécialistes, les gens sont très capables de se référer les patients l'un à l'autre sans avoir nécessairement une lourde structure de gestion ou passer beaucoup de temps en réunions.

Certains des centres de santé communautaire de l'Ontario — peut-être bon nombre d'entre eux — sont davantage issus d'une culture des services communautaires où les réunions sont plus le lot du travailleur social que celui du médecin. Le monde où évolue le travailleur social comporte

not saying one is better than the other. However, if you try to move physicians into that culture, you have some real issues. I do think you want to maximize time with patients in the structure.

On stable funding, yes, we will continue to have economic cycles. I am reasonably sure we have made progress in managing their severity. I had the privilege of hearing David Dodge speak at Queen's University on Friday night on 30 years of fiscal and monetary policy. He succeeded in convincing me, as has Alan Greenspan, that we have made progress in being able to successfully not eliminate the business cycle but certainly dampen the most severe aspects of it.

Where does that take me on health funding? We could have a corridor for health spending that guarantees the deliverers of service a certain base-level and puts them a little at risk at the margin. Other people manage that way.

We should have more of an expectation of productivity improvement in the health system than we have had historically. In the 1990s, we squeezed the system and said there must be some productivity gains, and there were. However, productivity is often achieved by investing in innovation and new techniques and new technologies. In my view, that has been missing in the health system. We have not had the same commitment to capital spending, a commitment to buy the people doing the work the tools they need to do the job.

An uncle of mine is retiring after 35 years as a paediatric urological surgeon in Winnipeg. He spent 20 of those years campaigning to get a new operating table that would allow him to do his work better. I think he got it two years before he retired. It was one of the longest standing fights that I can remember. It was not that much money. At one point, I was thinking we could pass the hat and buy it for him.

We have scrimped on capital equipment and capital investment in the system, which has hampered productivity. If we had a corridor of funding, more capital investment would allow people to achieve some of these things. There are very few people in health who, if you asked them "Is there a better way of doing this," would not be able to say, "Yes, there is, but I need this or that to be able to achieve it." In other sectors, we routinely make those investments. In health, it has been an uphill struggle to get there.

I have tried to cover your questions. I have a feeling I missed one.

Senator Morin: No, that was it.

beaucoup plus de réunions et de coordination. Je ne dis pas que l'un est meilleur que l'autre, mais si l'on essaie d'intégrer les médecins à cette culture, on aura de véritables problèmes. Je pense qu'on souhaite une structure permettant de maximiser le temps passé avec les patients.

En ce qui concerne la stabilité du financement, oui, nous continuerons de vivre des cycles économiques. Je suis passablement certain que nous avons réalisé des progrès en ce qui concerne la gestion de leur ampleur. J'ai eu le privilège d'entendre David Dodge parler à l'université Queen's, vendredi soir, de 30 ans de politiques financières et monétaires. Il a réussi à me convaincre, tout comme l'a fait Alan Greenspan, que nous avons fait des progrès nous permettant non pas d'éliminer les cycles économiques, mais certainement d'en atténuer les aspects les plus graves.

Où cela m'amène-t-il en matière de financement de la santé? Nous pourrions avoir un créneau de dépenses en santé qui garantisse aux prestataires de services un certain niveau de base et qui viendrait diminuer les risques à la marge. D'autres personnes gèrent de cette façon.

On devrait s'attendre à une meilleure productivité dans le domaine de la santé que celle que nous avons connue dans le passé. Dans les années 90, nous avons comprimé le système en disant qu'il devait y avoir des gains de productivité, et il y en a eu. Cependant, on accroît souvent la productivité en investissant dans l'innovation et les nouvelles techniques et technologies. À mon avis, on a oublié cet élément dans le système de santé. Nous ne nous sommes pas engagés de la même façon à l'égard des dépenses en immobilisations, soit l'engagement à offrir aux gens qui font le travail les outils dont ils ont besoin pour le mener à bien.

Un de mes oncles a pris sa retraite après avoir travaillé 35 ans comme chirurgien en neurologie pédiatrique à Winnipeg. Il a passé 20 de ces années à faire campagne pour obtenir une nouvelle table d'opération qui lui aurait permis de mieux faire son travail. Je pense qu'il l'a obtenue deux ans avant de prendre sa retraite. C'est l'un des combats les plus longs dont je puisse me souvenir. Cela ne coûtait pas si cher. Un moment donné, je me suis dit qu'on pourrait passer le chapeau pour la lui acheter.

Nous avons lésiné sur l'équipement en immobilisations et les investissements en immobilisations dans le système, ce qui a ralenti la productivité. Si nous avions un créneau de financement, en investissant davantage dans les immobilisations, nous permettrions aux gens de réaliser certaines de ces choses. Si vous demandiez aux gens dans le système de santé s'il y a une meilleure façon de faire les choses, très peu seraient incapables de vous dire:Oui, il y en a une, mais pour améliorer les choses, j'ai besoin de ceci ou de cela. Dans d'autres secteurs, on fait couramment ces investissements. Dans la santé, c'est la croix et la bannière pour y parvenir.

J'ai essayé de répondre à vos questions. J'ai l'impression d'en avoir oublié une.

Le sénateur Morin: Non, tout y est.

Senator Callbeck: Mr. Decter, I want to ask you some general questions about prescription drug coverage.

Before I do that, I want to ask a couple of things about the report that was put out by the Canadian Institute for Health Information. I have the summary report from the Internet. According to that report, there is a tremendous difference in the cost of prescription drugs per capita. For example, it is 25 per cent to 30 per cent higher in Prince Edward Island and Nova Scotia than in the western provinces, Manitoba, Saskatchewan and, I believe, British Columbia. Is there an explanation for that? Did the report go into that?

Mr. Decter: I do not think it did. As chairman, I should be careful. We have 45 databases, and we put out a report a week. I am the volunteer chair of the board, and while I try to keep on top of matters, I will be a little circumspect in my answer.

Our role is to gather and publish the data and to make it available to people to better manage and understand the health system. We do some analysis, but we are, I think understandably, careful about stopping short of drawing policy implications. Our credibility is a little like Statistics Canada: As long as Statistics Canada is telling you how many people are unemployed, who they are and where they are, they are credible. The minute they take a view that unemployment is too high or too low, the government of the day might find them beyond their mandate.

I do not know if the figures you are quoting are for the actual cost of the drugs or per capita spending.

Senator Callbeck: Per capita spending on drugs.

Mr. Decter: Much of that is driven by drug plan design and coverage. For example, the Ontario Drug Benefit plan, for many years before they put in a co-payment, basically paid for all of the drugs for people over the age of 65. There was a very sharp jump, from age 64 to age 65, in the number of prescriptions, understandably, because people suddenly had coverage that they did not have at age 64. Other provinces have structured their plans differently. My old home province of Manitoba has a more universal coverage but very high cost-sharing — co-payments and deductibles. You pay the first couple of hundred dollars yourself, which tends to have an impact.

It is likely a combination of those factors that drives the different levels of spending. Generally, the rule would be: The better the coverage, the higher the level of spending. Ontario has a policy of generic substitution in its plan, which has a bit of a push going the other way.

Le sénateur Callbeck: Monsieur Decter, j'aimerais vous poser certaines questions générales concernant la couverture des médicaments d'ordonnance.

Mais avant, je veux vous poser quelques questions touchant le rapport qui a été publié par l'Institut canadien d'information sur la santé. J'ai en main le rapport sommaire diffusé sur l'Internet. D'après ce rapport, il y a une énorme différence dans le coût des médicaments d'ordonnance par habitant. Par exemple, il s'élève à 25 p. 100 ou 30 p. 100 de plus à l'Île-du-Prince-Édouard et en Nouvelle-Écosse que dans les provinces de l'Ouest, au Manitoba, en Saskatchewan et, je crois, en Colombie-Britannique. Y a-t-il une explication à cela? Le rapport aborde-t-il cette question?

M. Decter: Non, je ne crois pas. En tant que président, je dois être prudent. Nous avons 45 bases de données, et nous publions un rapport par semaine. Je suis président bénévole du conseil d'administration et même si j'essaie de me garder au courant de ces questions, je vais faire preuve d'un peu de prudence dans ma réponse.

Notre rôle consiste à recueillir et à publier les données et à les mettre à la disposition des gens pour les aider à mieux gérer et comprendre le système de santé. Nous faisons certaines analyses, mais nous sommes prudents, avec raison je pense, en ce que nous évitons d'en tirer ce qui pourrait avoir des incidences sur les politiques générales. Notre crédibilité s'apparente un peu à celle de Statistique Canada: dans la mesure où Statistique Canada nous dit combien de personnes sont au chômage, qui elles sont et où elles sont, l'organisme est crédible. Dès qu'il dit que le chômage est trop élevé ou trop faible, le gouvernement de l'heure pourrait juger que l'agence va au-delà de son mandat.

Je ne sais pas si les chiffres que vous citez sont les véritables coûts des médicaments ou des dépenses par habitant.

Le sénateur Callbeck: Les dépenses par habitant au titre des médicaments.

M. Decter: Une bonne partie de cela découle de la conception et de la couverture du régime d'assurance-médicaments. Par exemple, le régime d'assurance-médicaments de l'Ontario, pendant les nombreuses années précédant l'instauration du copaiement, payait pratiquement tous les médicaments pour les personnes âgées de 65 ans et plus. On a constaté une augmentation très marquée, de l'âge de 64 à 65 ans, dans le nombre d'ordonnances; cela se comprend bien, parce que les gens disposaient soudainement d'une couverture qu'ils n'avaient pas à l'âge de 64 ans. D'autres provinces ont structuré leurs régimes différemment. Mon ancienne province, le Manitoba, offre une couverture plus universelle mais avec un partage de coûts très élevé — les copaiements et les franchises. Vous payez les 200 premiers dollars vous-même, ce qui a tendance à avoir un certain impact.

C'est probablement une combinaison de ces facteurs qui détermine les différents niveaux de dépenses. En général, la règle est la suivante: meilleure est la couverture, plus élevé est le niveau de dépenses. L'Ontario a une politique de substitution de médicaments génériques dans son régime, ce qui, dans une certaine mesure, permet de ramener quelque peu les coûts vers le bas.

One of the embarrassing things nationally is that we do not have more equal coverage for medications across the country. We have the lowest public sector commitment to coverage among all of the OECD nations. Essentially, we have in drug coverage what the Americans have in their health system in general. In other words, we have a public role. We pay for drugs in many parts of the country for people who are old or poor. We let employers pay for their employees, if the employers are strong enough to bear that burden. Our larger companies and unionized companies tend to pay. A lot of our small businesses cannot afford to or do not pay. We let a considerable portion of the burden fall on individuals.

I am not opposed to having some portion of the burden fall on individuals for drugs. Unlike other areas of heath care, you actually have someone actively marketing drugs. To have a bit of a financial pushback on the individual is, in my view, not a terrible thing. The problem is that it is uneven across the country. A senior in Ontario will face a very small bill for medications; a senior in Newfoundland will face a very large bill. This is inherently wrong.

The spirit of your report suggests that we keep a mixed model for the non-hospital, non-doctor insurance coverage. I am not inherently opposed to that. I just wish we had a scheme that allowed that coverage to be fairer to let me believe that no one is deterred from needed medications by a financial barrier.

I was in favour of putting a small co-payment on the Ontario plan. It was not a popular view in the era I was in government. I believe I had the premier's support but no-one else's, including my own ministers. We would be better off having really good national drug coverage and have, for example, premiums to pay for it, rather than having this patchwork quilt that we now have.

To get from where we are to where I would like us to be is extremely hard given that each province has a different scheme and they have different views of policy. There is the emergence of some cooperation among the provinces and Government of Canada on at least harmonizing. Perhaps the first step is to harmonize the rules and approaches and move to better coverage later. We have extremely uneven coverage across the country.

Senator Callbeck: Yes, we certainly do. That is a real concern of mine, too. The figure of Prince Edward Island was very interesting to me, that it is 25 to 30 per cent above the other provinces. We really do not have what I would call a very extensive drug plan. I personally know of a situation where a woman is on a life-maintaining drug. She must take it. The net

L'une des choses gênantes à l'échelle nationale, c'est que la couverture pour les médicaments ne soit pas plus égale dans tout le pays. Parmi tous les pays de l'OCDE, le Canada est celui dont l'engagement à l'égard'une telle couverture est le plus faible. Essentiellement, la couverture que nous avons en matière de médicaments correspond à celle dont jouissent les Américains dans leur système de santé en général. Autrement dit, nous avons un rôle public. Dans de nombreuses régions du pays, nous payons les médicaments pour les personnes vieilles ou pauvres. Nous laissons les employeurs payer pour leurs employés, si les employeurs ont le dos suffisamment solide pour porter ce fardeau. En général, nos grandes sociétés et les sociétés où les employés sont syndiqués paient. Beaucoup de petites entreprises ne peuvent se permettre de payer ou ne paient pas. Nous laissons les particuliers porter une bonne partie du fardeau.

Je n'ai pas d'objections à ce qu'une partie du fardeau incombe aux particuliers en ce qui concerne les médicaments. Contrairement à ce qui se passe dans d'autres domaines des soins de santé, quelqu'un fait activement la promotion des médicaments. Que le fardeau retombe un peu sur le particulier n'est pas à mon avis une chose terrible. Le problème, c'est l'inégalité de ce fardeau d'un bout à l'autre du pays. Une personne âgée de l'Ontario devra payer très peu pour ses médicaments alors qu'une personne âgée de Terre-Neuve devra assumer une part très importante des coûts. Ce qui en soi cause préjudice.

L'esprit de votre rapport donne à penser que nous devrions conserver un modèle mixte de couverture d'assurance pour les soins non hospitaliers et non offerts par un médecin. En soi, je ne suis pas opposé à cela. J'espère seulement que nous pourrions disposer d'un régime qui permettrait une couverture plus équitable de sorte que je puisse être convaincu que personne ne sera privé de médicaments à cause d'un obstacle financier.

J'étais en faveur de l'établissement d'un minime copaiement dans le régime de l'Ontario. Cela n'était pas populaire à l'époque où j'étais au gouvernement. Je crois que j'avais le soutien du premier ministre, mais personne d'autre ne m'appuyait, pas même mes propres ministres. Il serait beaucoup mieux que nous ayons une véritable couverture nationale, assortie, par exemple, de primes pour la payer plutôt que d'avoir ce ramassis de régimes que nous avons maintenant.

Il serait extrêmement difficile de passer du régime actuel à celui que je souhaite, compte tenu que chaque province a un régime différent et des politiques différentes. On constate aujourd'hui la naissance d'une certaine collaboration entre les provinces et le gouvernement du Canada au sujet de l'harmonisation, tout au moins. Peut-être la première étape consiste-t-elle à harmoniser les règles et les approches et à adopter une meilleure couverture ultérieurement. Notre couverture est extrêmement inégale d'un bout à l'autre du pays.

Le sénateur Callbeck: Oui, cela ne fait aucun doute. Cela me préoccupe vraiment aussi. Les chiffres pour l'Île-du-Prince-Édouard m'ont beaucoup intéressée, soit 25 p. 100 à 30 p. 100 de plus que les autres provinces. En réalité, nous n'avons pas ce que j'appellerais un régime d'assurance-médicaments très développé. Je connais personnellement une femme qui doit

cost to the family is over \$50,000 a year. That is the net cost after insurance. I am told that that particular drug is covered in some way in other provinces. I certainly share your concern about the differences in coverage.

Mr. Decter: I would be happy to take it up with our technical folks at CIHI and provide you with an explanation of why the numbers vary that much. I do not know.

Senator Callbeck: I was going to ask how we get to a fairer scheme, but you have pretty well answered that.

Mr. Decter: We can, but not without great difficulty. It is a bit of an affront to the basic principle that there should not be a financial barrier to needed care if someone is paying \$50,000 for a drug that is of benefit to him or her. I think that is wrong. I have less trouble with the notion that someone might pay the first \$2 or \$5 or \$10 than I would with the idea that there is a medication that could change someone's life for the better or save their life and that we have not gotten around to paying for it. We will have more of those drugs come down the pipeline, very expensive drugs that are very beneficial to some patients.

One of our challenges is how to make sure the right drugs are getting to the patients, which at the moment is something we are not very good at. We under-prescribe in some way cases and overprescribe in others. That is an issue this that needs tackling both from a safety and equity point of view.

Senator Callbeck: You mentioned that we should start by harmonizing schemes and approaches. Are you suggesting the federal government should take the lead on this?

Mr. Decter: In the accord of 2000, the First Ministers agreed to get their health ministers to work together on this. I understand work is ongoing. The federal government is playing an important role in those discussions. It has a considerable drug bill for Aboriginal people, veterans and the Armed Forces.

I have been working with Mr. Hugh Segal at the Institute for Research on Public Policy to put together a forum in September, potentially with people from the United Kingdom and Australia. In the U.K, everything in health is national. Australia is more like us in being a federation. There are some lessons to be learned from other jurisdictions in this regard.

I do not think there is an ability to do a national plan, as the political will is not likely to be there. There is the possibility to harmonize the levels of coverage over time, and perhaps for the federal government to make a contribution specifically towards improving the level of coverage.

prendre des médicaments pour rester en vie. Elle doit prendre ces médicaments. Le coût net pour la famille s'élève à plus de 50 000 dollars par année. C'est le coût net après l'assurance. On me dit que le médicament qu'elle prend est couvert jusqu'à un certain point dans d'autres provinces. Je partage tout à fait votre préoccupation au sujet des différences dans la couverture.

M. Decter: Je me ferai un plaisir de soumettre cette question à nos spécialistes techniques de l'ICIS et de vous donner une explication quant à savoir pourquoi les chiffres varient tellement. Je n'en sais rien.

Le sénateur Callbeck: J'allais vous demander comment obtenir un régime plus équitable, mais vous avez assez bien répondu à cette question.

M. Decter: Il est possible de le faire, mais non sans grande difficulté. On fait un peu un affront au principe fondamental voulant qu'il n'y ait pas d'obstacles financiers aux soins nécessaires lorsque quelqu'un doit payer 50 000 \$ pour un médicament qui lui est profitable. Je pense que ce n'est pas correct. J'ai moins de difficulté avec l'idée que quelqu'un paie les 2, 5 ou 10 premiers dollars que je n'en ai avec celle qu'il y a un médicament susceptible de changer la vie de quelqu'un pour le mieux ou de lui sauver la vie, mais que nous n'avons pas trouvé un moyen de le lui payer. Nous verrons apparaître de plus en plus de ce genre de médicaments dans le système, des médicaments très coûteux qui sont très bénéfiques pour certains patients.

L'un des défis que nous devrons relever, c'est de voir comment nous assurer que les bons médicaments sont donnés aux patients, chose que, pour l'instant, nous ne réussissons pas très bien. Dans certains cas, on ne prescrit pas assez, dans d'autres, on prescrit trop. C'est un problème qui doit être réglé tant du point de vue de la sécurité que de l'équité.

Le sénateur Callbeck: Vous avez dit que nous devrions d'abord commencer par harmoniser les régimes et les approches. Diriezvous que le gouvernement fédéral devrait prendre les devants à cet égard?

M. Decter: Dans l'accord de 2000, les premiers ministres ont convenu que leurs ministres de la Santé travailleraient de concert à cette tâche. Je crois savoir que le travail est en cours. Le gouvernement fédéral joue un rôle important dans ces discussions. Il doit assumer une facture importante de médicaments destinés aux peuples autochtones, aux anciens combattants et aux membres des forces armées.

Je travaille avec M. Hugh Segal à l'Institut de recherche en politiques publiques; nous voulons créer un forum en septembre, probablement avec des gens du Royaume-Uni et de l'Australie. Au Royaume-Uni, tout dans le domaine de la santé est du ressort national. L'Australie nous ressemble plus, c'est une fédération. Il y a certaines leçons à tirer d'autres pays à cet égard.

Je ne crois pas qu'il soit possible d'établir un régime national, car la volonté politique ne semble pas vouloir se dégager. Il y a possibilité d'harmoniser les niveaux de couverture avec le temps, et peut-être le gouvernement fédéral pourrait-il apporter une contribution visant précisément à améliorer le niveau de couverture.

Senator Robertson: I want to go back to the arm's-length management comment you started with. I find what you said quite interesting because some of us have puzzled over this, and a couple of our witnesses are very much in favour of arm's-length management.

If you do not have arm's-length management, how do you resolve the issue of the lack of continuity that raises its ugly head every time there is an election in a province? Sometimes the change goes smoothly, but often there are so many dramatic changes that the system is shaken quite badly and it seems difficult for the public to respond. There is great suspicion that there is not a good methodology of funding or a lack of accountability. I would like your opinion on that. If arm's-length does not work, what will? Is there another model that you have studied or worked on that is better?

You made a comment about bribery in some instances to get the medical profession to cooperate. Carrots also work.

When it comes to service-based funding, if I understood you correctly, we remove the hotel costs and that funding would be in the actual delivery of the health care in the hotel-type hospital. If that is true, from the information that you have in the private management of hospitals, of which we have examples, is it just as important to have efficiency in your hotel costs as it is to monitor the efficiency of the medical procedures and the medical care?

Regardless of what we do in our sixth report, after we have looked at and found agreement on how to deliver those services, one of the last things that will dog us to our graves will be how do we raise the additional funds that are obviously needed when we have done everything else? It seems to me we will be in need of additional funds.

Mr. Decter: Let me start on where will we get the additional money. Obviously, you will not. The elected government will have to decide whether it wants to do that. I am of the view — probably an unpopular view in some quarters — that the courage of previous governments in implementing the GST provides a good ongoing source of revenue for the Government of Canada. One might even consider whether the population would bear an additional point or two on that in return for funding into health care. It would certainly sharpen the focus of the debate. The good thing is senators do not get elected, so you could probably propose it.

There are examples. The Ministry of Finance hates the idea of a dedicated revenue source for a particular use. This goes right to the core of what they think is dark and evil in the world. I listened to Tom Axworthy make an eloquent case for why cities need different funding than we currently give them. I would put health care above cities in that having them entirely dependent on the current funding base is not a good idea.

Le sénateur Robertson: J'aimerais revenir à votre commentaire du début sur la gestion indépendante. J'ai trouvé ce que vous avez dit assez intéressant parce que certains d'entre nous ont peiné sur cette question, et quelques-uns de nos témoins sont très en faveur d'un tel type de gestion.

Si on ne gère pas en fonction du principe d'autonomie, comment résoudre la question du manque de continuité récursif à chaque élection provinciale? Parfois, la transition se fait sans heurts, mais souvent tellement de changements importants s'opèrent que le système s'en trouve ébranlé et la population semble avoir du mal à y réagir. Certains s'interrogent sur le mode de financement, d'autres sur l'absence de responsabilisation. J'aimerais entendre votre opinion à ce sujet. Si la gestion autonome ne fonctionne pas, comment doit-on gérer? Y a-t-il un autre modèle que vous auriez étudié ou utilisé qui fonctionnerait mieux?

Vous avez dit que des pots-de-vin pourraient être utiles dans certains cas pour obtenir la coopération du corps médical. La carotte réussit également.

Au sujet d'un financement axé sur les services, si je vous comprends bien, nous retirons les coûts d'hébergement et ce financement deviendrait effectivement une prestation de services de santé dans un hôpital de type hôtel. Si c'est le cas, d'après votre expérience de la gestion d'hôpitaux privés dont nous avons des exemples, n'est-il pas aussi important d'assurer l'efficacité dans la gestion des coûts d'hébergement qu'il est de surveiller l'efficacité des actes et des soins médicaux?

Sans égard à ce que nous proposerons dans notre sixième rapport, après avoir étudié et retenu la manière de fournir ces services, un des facteurs qui ne nous lâchera jamais, c'est de réunir les fonds qui seront évidemment requis lorsque tout le reste aura été fait. Il me semble qu'on aura besoin de fonds supplémentaires.

M. Decter: Permettez-moi d'abord d'entamer la question de la manière de trouver les fonds. De toute évidence, vous ne pourrez pas décider de cette question. Le gouvernement élu devra prendre sa décision à ce sujet. Contrairement à l'opinion de certains, je pense que le courage des gouvernements antérieurs qui ont mis en vigueur la TPS donne une bonne source de revenus continus pour le gouvernement canadien. La population accepterait peut-être une augmentation d'un ou deux centiles sur cette taxe pour financer le système de santé. De tels propos serviraient sûrement à mieux cibler la discussion. Vous, les sénateurs, n'étant heureusement pas élus, vous pourriez proposer l'idée.

Voici quelques exemples. Le ministère des Finances déteste l'idée d'une source de revenus affectés à une utilisation particulière. Pour lui, cette idée figure parmi ce qu'il y a de plus sinistre et odieux dans le monde. J'écoutais Tom Axworthy éloquemment promouvoir l'idée que les villes ont besoin d'un financement différent de celui qu'on leur accorde actuellement. Je pense que les soins de santé devraient passer avant les besoins des municipalités pour la simple raison que de garder celles-ci entièrement dépendantes de la base de financement actuelle n'est pas une bonne idée.

The Germans fund some parts of their health system in a way similar to our employment insurance. They run a levy on employers and employees, and they achieve that voluntarily. Something even more unpopular than a couple of points on the GST would be negotiating a premium tax with the leadership of the labour movement. That would drive everyone wild as a job killer.

Within the system, I do not know why multi-year funding agreements would offend the ritual of voting budget estimates from year to year. CIHI has three-year funding agreements with the provinces. We also get money from the federal government. We use multi-year funding methodology to give us predictability and stability, and to tide us through those times when there are changes in provincial governments. We also stagger them so we are not negotiating with all the provinces at the same time. I do not know why we would not look at some form of multi-year funding agreement with regions or hospitals. Is it so far beyond our capacity to design something of a multi-year nature with the right accountabilities?

Second, I am not sure the right split is services and hotel costs. There is a cost to a hospital simply being there — and maybe it is the hotel cost. It should be as efficient as it can be. I think the criteria you apply may be slightly different. There are criteria about costs per square foot that you would not apply to patient care, whereas on the clinical services you want a mix of measures of outcome and resource consumption. Many of those have evolved.

On arm's-length management, we have been willing to have arm's-length agencies in a couple of circumstances. For example, it is a given for regulatory purposes. Where we have a pot of money, we want someone to divide it up. This may antagonize the Auditor General, but there is an acceptance that if the government is committing a one-time allocation of money, by putting it at arm's-length you could have experts decide who to give it to. You might get a better result than leaving it inside the political electoral world.

Difficulties arise when you have to vote the money annually, like the health budget. Handing it off to someone at arm's-length is somewhat troubling. If you were to take either of the two ideas I put up and flow that money into a federal pot for the modernization of Canadian medicare, could you put that at arm's-length and have someone direct the spending of it within a certain policy? I think you could probably do that. Certainly, there would be a battle with the department of finance, who would think it horrific in terms of their general approach to the nation's finances. I worry about that somewhat in areas different from health because you do run risks. For example, by putting the whole gas tax into highways, one might end up with more gasoline tax than you need highways. I do not think we are likely to run

Les Allemands financent en partie leur système de soins de santé de la même manière que nous finançons notre assurance-emploi. Ils font des prélèvements auprès des employeurs et des employés, lesquels l'acceptent volontiers. Une solution encore moins populaire que l'ajout de quelques centiles à la TPS serait de négocier un impôt sur les primes avec les syndicats. Cette mesure serait dénoncée comme un tueur d'emplois.

À l'intérieur du système, je ne verrais pas pourquoi des ententes pluriannuelles entraveraient le rituel de l'adoption de prévisions budgétaires d'année en année. L'ICIS a signé des ententes de financement sur trois ans avec les provinces. Nous avons également des fonds du gouvernement fédéral. La méthode de financement pluriannuel est utilisée pour assurer la prévisibilité et la stabilité ainsi que pour nous permettre de tenir en période de transition d'un gouvernement provincial à l'autre. Nous décalons ces ententes également pour éviter la négociation avec toutes les provinces à la fois. Je ne vois pas pourquoi nous ne pourrions pas appliquer une formule semblable d'entente pluriannuelle de financement avec les régions et les hôpitaux. Est-il tellement audelà de nos habiletés de concevoir une formule pluriannuelle qui prenne en compte une responsabilisation adéquate?

Deuxièmement, je doute que le partage efficace soit celui entre les services de soins et les coûts d'hébergement. Il y a un coût relié à l'existence même de l'hôpital — et c'est peut-être là le coût d'hébergement. Il doit être aussi efficace que possible. Je pense que les critères que vous appliquez pourraient être un peu différents. Certains critères de coûts par pied carré ne s'appliqueraient pas aux soins donnés aux patients tandis que dans le cas des services en clinique, vous voudrez mesurer une combinaison de taux de résultats et de consommation de ressources. Nombre d'entre eux ont évolué.

En ce qui concerne la gestion autonome, nous avons accepté ce type de gestion dans le cas de certains organismes. Par exemple, cette gestion va de soi quand il s'agit de réglementation. Quand il y a de l'argent, quelqu'un doit en faire la distribution. Je risque de contrarier la vérificatrice générale avec ce qui suit: Quand le gouvernement accorde des crédits ponctuels dans le cadre de la gestion autonome, il est généralement accepté que ce soit des experts qui décident du bénéficiaire de cet argent. Ce processus donnera peut-être de meilleurs résultats que de le laisser à l'intérieur du monde politique électoral.

Certaines difficultés se produisent lorsqu'on doit approuver des fonds sur une base annuelle comme dans le cas du budget des soins de santé. Confier cette tâche à un organisme autonome soulève certaines préoccupations. Si on choisit une des deux options que j'ai émises plus tôt et qu'on dépose cet argent dans un fonds fédéral ciblé pour la modernisation du système canadien d'assurance-maladie, une tierce personne pourrait-elle gérer suivant le principe d'autonomie, contrôlant donc les dépenses, le tout dans le cadre d'une politique déterminée? Je pense que ce serait possible. Il y aurait certainement un tiraillement de la part du ministère des Finances qui considérerait une telle démarche complètement opposée à sa façon de gérer les finances du pays. Je serais d'accord au sujet de ces objections dans des cas autres que

out of reasonable things to spend money on in the health system, if we are careful about it. It could have a sunset clause of some number of years.

If you were to compare — this will be a bold and unsustainable assertion at the moment — how well some of the arm's length groups have invested, I would think the Innovation Foundation, headed by John Evans, for whom I have enormous admiration, has done a very thorough and thoughtful job of spending those dollars. I am less certain of the billion dollars for technology in the health system that flowed through the accord. I have only Lisa Priest's assertion that some lawn mowers may have been purchased in a province, and while lawn mowers are important technology, I think we were expecting MRIs and diagnostics, not lawn mowers. There is that kind of case.

It is more problematic at a provincial level to contemplate putting the health budget on an arm's length agency. If you had multi-year funding agreements, and if those agreements required the policy input of the government to shape them, you might be able to get there.

The goal is laudable. The biggest problem is not the cutting, in my view. The problem is the stopping, for example, when the new minister decides to put everything on hold, years of people's work, while it is reviewed. It takes 15 or 20 years to get a new hospital built. By the time you build it, it is the wrong size because it took so long, and no one wants to compromise on size in the later stages. It is just not fast enough for the world we are in.

Senator Cordy: With respect to the issue of accountability, I too read about the funding given by the federal government and the accord in the fall of 2000, where one of the provinces bought lawn mowers. While that would technically be equipment, I am not sure that it was in the minds of the federal government or of the general public that that would be the machinery that was purchased.

Many witnesses appeared before us who talked about accountability or lack of accountability for dollars that are being given to the provinces. Some witnesses said that the funding seems to go into a black hole. Again, going back to the large amounts of dollars that were given in the fall of 2000 that were for equipment in the hospitals, many people are saying they do not see any evidence of large amounts of money being spent on equipment in their provinces.

Witnesses also suggested that for accountability they would prefer targeted funding instead of block funding. Again, this money in the fall of 2000 was, in fact, targeted and still people feel that it has not been accountable.

celui du système de santé parce qu'on ferait alors face à certains risques. Par exemple, si on dirigeait toute la taxe sur l'essence vers les travaux de voirie, on pourrait avoir plus de revenus de ces taxes que nécessiteraient les travaux de voirie. Par contre, avec un peu de diligence, je ne pense pas qu'il soit possible d'avoir trop de dépenses raisonnables en ce qui concerne le système de santé. On pourrait d'ailleurs imposer une disposition de temporisation d'un certain nombre d'années.

Pour fins de comparaison en ce qui concerne le succès de certains organismes dans la gestion autonome — et je fais ici une affirmation audacieuse et indéfendable — j'attire votre attention sur la gestion de fonds minutieuse et consciencieuse du Fonds Innovation sous la direction de John Evans, pour qui j'ai une grande admiration. Je ne peux pas en dire autant de la gestion du milliard de dollars investi en vertu de l'entente dans les technologies du système de santé. Si on se fie à la révélation de Lisa Priest en ce qui concerne l'achat de tondeuses à gazon par une des provinces et en admettant que la tondeuse à gazon fait partie d'une technologie importante, je crois qu'on s'attendait à l'achat d'équipements d'IRM et de diagnostique plutôt que de tondeuses à gazon. Ce genre de cas existe.

Il est plus difficile de confier le budget des soins de santé à un organisme de gestion indépendante au niveau provincial. Toutefois, ce serait possible avec des ententes pluriannuelles de financement qui exigent l'intervention du gouvernement au niveau des politiques pour les orienter.

L'objectif est louable. À mon avis, la plus grande difficulté n'est pas l'arrêt de fonds. C'est plutôt une interruption ordonnée, par exemple, par un nouveau ministre qui décide de mettre en plan le fruit de plusieurs années de travail pour fins d'examen. Ça prend de 15 à 20 ans pour mettre la construction d'un nouvel hôpital sur pied. Lorsqu'on arrive à le terminer, il n'est plus de la bonne taille parce qu'on a mis tant de temps à y arriver et, à la fin, personne ne veut faire de compromis sur les dimensions. Le processus n'est tout simplement pas assez rapide pour le monde d'aujourd'hui.

Le sénateur Cordy: En ce qui concerne la question de la responsabilisation, j'ai également lu les documents au sujet du financement fédéral et de l'entente de l'automne 2000 par l'entremise de laquelle une province aurait acheté des tondeuses à gazon. Bien qu'il s'agisse d'équipement au sens technique, je doute que ni le gouvernement fédéral ni la population aurait prévu l'achat de ce type de machine.

De nombreux témoins qui ont comparu devant nous ont parlé de la responsabilisation, ou de la non-responsabilisation, pour les fonds confiés aux provinces. Certains témoins nous ont dit que les fonds semblent se perdre dans un trou noir. Rappelons encore le cas des crédits considérables de l'automne 2000 visant l'achat d'équipement pour les hôpitaux, bien des gens disent qu'ils ne constatent aucune preuve de grandes dépenses au chapitre des équipements dans leurs provinces.

Pour ce qui est de la responsabilisation, certains témoins préfèrent un financement ciblé plutôt qu'un financement global. Pourtant, les fonds de l'automne 2000 étaient effectivement ciblés mais les gens n'ont pas constaté la responsabilisation.

With respect to timely access to the health care system and waiting lists, I know last year in Nova Scotia there was a nurses' strike that caused a back-up in heart surgery. The CEO, Bob Smith, announced to the newspapers that if people were not receiving their heart surgery in a timely manner, they would be sent to another province to receive it. There was a lot of scurrying. It was never addressed in the media. I am not sure whether he was chastised for saying it or whether those people were sent to other provinces.

People from Sweden said their waiting lists are published on the Internet. People can go to the Internet to see where they could get quicker service for whatever they happened to be waiting for.

My bottom line is this: How can we guarantee timely access within the system?

Mr. Decter: I believe Alberta is now putting wait times on the Internet for some procedures. The issue is wait times, not wait lists. Let me just separate those two.

Wait lists are often without definition, unless you are in something organized like the Ontario Cardiac Care Network where a wait list has some meaning in terms of definition. Wait times are what the public are rightly concerned about.

First of all, transparency is important. Making those wait times visible is a way of shaping policy and shaping performance. I think they should be, as a routine matter, published. In the accord, the first ministers agreed that by September 2002, comparative data would be published. I will be intrigued to see if it is actually published.

The Chairman: So will we.

Mr. Decter: I like your proposal in volume 5 that maximum wait times should be established for procedures and that people should have the ability to travel to somewhere else if they cannot get treatment in their home provinces. That is happening now in a rough and informal way. It is supported by the reciprocal agreement that causes one province to pay another. I can speak from personal experience, having helped people get access to care by telling them to come to Toronto to see someone who can do their hip, knee or whatever in fewer than two years. There is, oddly, the architecture for this, although it is not tied at this time to standards for waiting. It is a good direction.

The system must be accountable. You cannot run a monopoly unless you are willing to make its performance transparent and you are willing to give people a mechanism to hold it accountable. Yes, the electorate can throw out a government that gets elected in a province by saying it will cut the wait times in half, and four

En ce qui concerne l'accès en temps opportun au système de santé et les listes d'attente, je sais que la grève des infirmières l'an dernier en Nouvelle-Écosse aurait causé un retard dans les interventions chirurgicales cardiaques. Le président du conseil d'administration, Bob Smith, a annoncé dans les journaux que si les patients n'obtenaient pas leur chirurgie cardiaque en temps opportun, on les transporterait dans une autre province pour qu'ils subissent la chirurgie requise. On a bien détalé. Les médias n'ont pas relevé le sujet. Je ne sais pas si M. Smith a été réprimandé pour ses propos ou si les patients en question ont été envoyés dans d'autres provinces.

Des Suédois nous ont dit qu'ils publient leurs listes d'attente sur Internet. Les patients peuvent donc consulter Internet pour vérifier quelle institution peut leur offrir le traitement requis dans les meilleurs délais disponibles.

En fin de compte, ma question est la suivante: Comment peuton garantir l'accès en temps opportun à l'intérieur du système?

M. Decter: Je crois que l'Alberta publie maintenant sur Internet les temps d'attente pour certains traitements. Je dis bien temps d'attente et non listes d'attente. Permettez-moi de faire la distinction entre les deux.

Une liste d'attente n'a souvent pas de définition comme telle à moins qu'on parle d'un organisme comme le Ontario Cardiac Care Network dont la liste d'attente porte sa définition. Le temps d'attente fait l'objet des préoccupations de la population, et ce, à juste titre.

D'abord, la transparence est importante. La visibilité des temps d'attente est un moyen d'orienter les politiques et le rendement. Je crois que les temps d'attente doivent être publiés régulièrement. Dans l'entente, les premiers ministres ont convenu que des données comparatives seraient publiées dès septembre 2002. Je serai curieux de voir si effectivement cette information sera publiée.

Le président: Nous également.

M. Decter: J'aime bien votre proposition dans le volume 5 au sujet de l'établissement d'un temps d'attente maximum pour les traitements, grâce auquel le patient pourrait se prévaloir d'un déplacement vers une autre province s'il n'obtient pas le traitement requis dans la sienne. C'est ce qui se passe actuellement, mais de manière plus informelle et irrégulière. C'est financé par l'entente de réciprocité qui prévoit le remboursement d'une province par l'autre. J'en témoigne personnellement pour avoir aidé certaines personnes à se rendre à Toronto pour des remplacements de hanche ou de genou ou autre chose dans un délai de moins de deux ans. Curieusement, la structure existe pour ce genre de déplacement, mais elle n'est pas liée aux normes d'attente. On est sur la bonne voie.

Le système doit prévoir la responsabilisation. On ne peut pas gérer un monopole à moins de prévoir la transparence du rendement et d'établir un mécanisme de responsabilisation à l'égard de la population. Bien sûr, les électeurs ont le pouvoir d'expulser un gouvernement provincial qui n'aura pas tenu sa promesse, quatre ans plus tard, de réduire les temps d'attente de moitié. Ainsi, l'élément de responsabilisation démocratique years later it has not. That satisfies a broad democratic accountability. It does not help Joe Smith who needs his knee, hip or heart done. I think you need both.

I like your idea. There are some obvious challenges in structuring it so you do not cause excessive movement around the countryside, but there is a fairly big built-in incentive in the current arrangements for provinces to get their act together.

We have done more harm, in some instances, when we have been unwilling to have people travel. For example, there was the tragedy of the cardiovascular paediatric surgery in Winnipeg, where, in hindsight, there was too small a volume to have a program. Those babies should have been moved somewhere that did higher volume. There is a great deal of good work now on the relationship between quality and volume, particularly for complex procedures. If we communicated that, we could change some public attitudes.

Yes, we all want care close to home. Parse that, we want access to first-line care, primary care, close to home. I am not sure that many people want to have very major exotic surgery in their small community hospital. I think they understand that the more complicated it is, the farther they are likely to have to travel.

We need accountability. I worry about giving up the broad democratic accountability. We need to reinforce it with transparency and with indicators that are comparable. We need to have a check and balance at the individual level with service guarantees. That will take a while. There are some legitimate concerns about balancing what is measurable against what is important, that is, it is easy to measure wait times for procedural matters.

We must be careful that we do not lose sight of access to primary care as an important element of the health system. We would not want to whisk people around the country to have their hips, knees and so on done, while at the same time fail to provide routine care for infants, for example. That is harder to measure.

I like the idea that you have in volume 5. I do not think it is hard to operationalize. If you tried to do it for single procedure, it would be difficult. However, for some of the majors, I think it is doable. It would force a consolidation of some services into centres that could do it at a level of volume that would provide for better outcomes.

We are willing to travel significant distances in this country to see a hockey team or a baseball team. We should not be resistant to travelling when it is indicated as necessary to get a good outcome or an appropriately shorter wait-time. générale est respecté. Malheureusement, ça n'aide pas le commun des mortels qui a besoin de faire traiter son genou, sa hanche ou son cœur. Je pense qu'on doit régler les deux cas.

J'aime bien votre idée. Il y a évidemment certains défis à relever dans la création d'une structure pour éviter un trop grand nombre de déplacements à travers le pays. Toutefois, il y a des incitatifs intrinsèques dans la présente structure pour assurer la bonne foi des provinces.

Dans certains cas, nous avons fait plus de mal en refusant le déplacement de patients. Notons, par exemple, la tragédie de la chirurgie cardiovasculaire pédiatrique de Winnipeg où, en rétrospective, le petit nombre de cas ne justifiait pas l'établissement d'un programme. Ces enfants auraient dû être transportés là où un plus grand nombre de cas semblables étaient traités. On a maintenant constaté le lien entre la qualité et le nombre de cas traités, surtout en ce qui concerne les interventions complexes. On pourrait changer l'opinion publique si on arrivait à communiquer ces informations.

Bien sûr, nous voulons tous être soignés près de chez nous. Plus précisément, nous voulons un accès à des soins primaires et de première ligne près de chez nous. Par contre, je ne suis pas certain que bien des gens voudraient subir une chirurgie majeure très spécialisée dans leur petit hôpital communautaire. Je crois qu'ils comprennent que plus une intervention est complexe, plus loin ils devront se déplacer pour l'obtenir.

Nous avons besoin d'un élément de responsabilisation. La perte de cette responsabilisation démocratique générale me préoccupe. Nous devons la renforcer d'une transparence et d'indicateurs comparatifs. Nous avons besoin d'un équilibre des pouvoirs assorti de garantie de services à chaque niveau. Cela prendra un peu de temps. On a un certain nombre de préoccupations légitimes au niveau de l'équilibre entre ce qui est mesurable et ce qui importe, c'est-à-dire qu'il est facile de mesurer les temps d'attente pour les traitements.

Il ne faudrait tout de même pas perdre de vue l'importance de l'accès aux soins de première ligne en tant qu'élément important du système de santé. Par exemple, nous ne voudrions pas d'une part favoriser le déplacement des patients d'un bout à l'autre du pays pour des traitements de hanche, de genou, et cetera, et, d'autre part, négliger les soins de base aux enfants. Il est plus difficile de mesurer ces résultats.

J'aime bien votre idée au volume 5. Je ne crois pas qu'il serait difficile de la mettre en pratique. Ce serait difficile de le faire pour un seul traitement mais pour les plus importants, je pense que c'est réalisable. On pourrait ainsi consolider certains services dans des centres où le nombre de traitements semblables donnerait de meilleurs résultats.

Nous sommes disposés à parcourir de grandes distances dans notre pays pour aller voir jouer une équipe de hockey ou de baseball. Nous ne devrions donc pas hésiter à effectuer un déplacement qui assurerait de bons résultats ou une réduction appropriée du temps d'attente.

Senator Keon: Some consolidations have occurred across the country. For example, the cost of hernia repairs has gone up by 60 per cent because the little hospitals where you could do a hernia for \$1,000 were closed. The hernias had to go to a teaching hospital where it was costing up to \$2,200 for the same operation. The list of examples goes on.

Mr. Mazankowski suggested first that we separate care providers and evaluators. We picked up on that.

I ended up looking into it and talking to some of my American friends. I am really convinced that we have to go that way. We have to get competition into provision and farm out things, or we are never going to control costs. This will open a can of worms because we may have a Shouldice Clinic in every city in Canada. What do you think of that?

Mr. Decter: I have a couple comments. First, Canada for the most part missed the emergence of lower cost structure surgery centres. Almost every other country put something of a clinic sort between the hospital and the physician's office.

We never developed a funding base for those, other than kind of haphazardly for some procedures that lent themselves to that. For radiology and abortions in Ontario, we funded clinics not largely on efficiency grounds but on grounds that they were easier to protect.

There is actually quite a good statute in the province, the Independent Health Facilities Act, which is a nice regulatory statute. It was brought in for radiology. I always thought it had broader application as a framework. It has a needs assessment, which is one of the things that get missed in this.

If you want to have competition, you have to worry about oversupply. That is the American experience. You have an MRI clinic on every corner and you have people with a hook dragging customers in. You can over-service a population. The Independent Health Facilities Act in Ontario has needs assessment requirement for the district health councils to determine if a clinic is needed.

Some competition would be quite helpful. We have this odd system now where we often move things into the high-cost environment of the hospital because we have been unwilling to provide incentives to keep them out. When the Americans tried to move to ambulatory care from DRGs, as I recall, they gave clinics 100 per cent of the DRG and hospitals only 85 per cent. Therefore, hospitals put all those things in a clinic.

Le sénateur Keon: Certaines consolidations ont été effectuées dans tout le pays. Par exemple, le coût de réparation d'une hernie a augmenté de 60 p. 100 parce que les petits hôpitaux qui pouvaient le faire pour 1 000 dollars sont maintenant fermés. La réparation d'une hernie a dû être transmise à un hôpital universitaire où le coût du même traitement est de 2 200 dollars. Il y a d'innombrables exemples du genre.

M. Mazankowski a d'abord proposé de séparer les prestataires des évaluateurs. Nous avons repris sa suggestion.

J'ai entrepris d'examiner cette proposition et j'en ai discuté avec des amis américains. Je suis véritablement convaincu que c'est le bon chemin à prendre. Nous devons introduire un élément de concurrence dans la prestation des services et permettre la sous-traitance sinon nous n'arriverons jamais à contrôler les coûts. Ça pourrait devenir un véritable guêpier parce que nous pourrions nous retrouver avec une clinique Shouldice dans toutes les villes du Canada. Qu'est-ce que vous en pensez?

M. Decter: J'ai quelques commentaires. Premièrement, le Canada a essentiellement échappé au développement d'une structure de centres de chirurgie à coût modique. Presque tous les pays ont un niveau de cliniques entre le cabinet du médecin et les hôpitaux.

Nous n'avons jamais élaboré une base financière pour ce genre d'interventions sauf pour celles qui, par hasard, s'y prêtaient particulièrement bien. En Ontario, nous avons financé notamment des cliniques de radiologie et d'avortement non pas pour des raisons d'efficacité mais plutôt parce qu'elles seraient plus faciles à protéger.

Il y a dans la province une très bonne loi, la Loi sur les établissements de santé autonomes, qui sert bien les besoins de réglementation. On l'a adoptée pour les centres de radiologie. J'ai toujours pensé qu'il serait intéressant de s'en servir comme structure pour une application plus large. On y retrouve un mécanisme d'évaluation des besoins, laquelle figure parmi les éléments les plus souvent oubliés dans ce genre d'exercice.

Si vous voulez introduire un volet concurrence, il faut entrevoir la possibilité de surcapacité. C'est le cas aux États-Unis. On y trouve une clinique d'IRM à tous les coins de rue, les unes plus empressées que les autres d'attirer la clientèle. On peut créer une situation d'offre excédentaire. La Loi sur les établissements de santé autonomes de l'Ontario est assortie d'un mécanisme obligatoire d'évaluation des besoins au service des conseils de santé régionaux afin de déterminer si une clinique est nécessaire.

Un certain niveau de concurrence serait utile. Nous avons actuellement un système un peu étonnant par lequel nous transmettons souvent certaines interventions à un environnement hospitalier à coût élevé alors que nous sommes réticents à instaurer des incitatifs pour assurer le contraire. Lorsque les Américains ont tenté de libérer les DRG des soins ambulatoires, si je ne m'abuse, ils ont donné 100 p. 100 aux cliniques et seulement 85 p. 100 aux hôpitaux. Les hôpitaux ont donc concentré tous ces soins dans une clinique.

This came home for me when it was explained to me in negotiations with the Ontario Medical Association that physicians would do vasectomies in-hospital because the set-up fee in their office caused them to lose \$4.11. I did not think that was much money. They said if you do enough of them, it could turn out to be a lot of money.

If you are in the hospital paying the physician the fee for doing the work and the other costs are borne by the hospital budget, yet in the clinic setting the physician is bearing some portion of technical fees, you have created a slippery slope in the hospital. We created another one when we closed many small hospitals and centralized. The easy repair work that should stay locally and be done by a general surgeon ends up coming into the fancier, more expensive places.

The balancing piece to primary care reform is that we need to have an investment in non-bedded clinics. I do not know that they have to be either public or private. The minister was offended when she found out that the Shouldice Clinic was private. I said that there was a really good reason we were not going to touch it because it works very well. At some point, we must suspend ideology and go with what works.

Am intriguing example the other way is the Pan Am Clinic in Winnipeg, which have been a very successful orthopaedic clinic It is a private clinic just as an accident of its history. The government at enormous cost is acquiring it because it is offensive to that particular government that it is private.

I am not offended whether a clinic is private or public as long as the work gets done and efficient. I have no problem if a hospital says it wants want to set up a clinic. I do think that we should have a funding model that gives incentives to do things in a lower cost environment, if they can be safely and effectively be done there.

It is a huge missing piece in Canada. We are still using modified hospital environments to do things that could be done in a properly funded surgery centre. There are some remarkable examples. If you want to have fun, go to the Loyola University in Chicago and see the Mulcahy Outpatient Center. Walk through the adjacent hospital. You will find it spooky because when you walk through the hospital, there are no ambulatory patients. That hospital is the fifth highest intensity hospital in the U.S. It would probably be an intensive care ward here.

That surgery centre, which has tripled in size over the years, does an amazing amount of stuff for which we would hospitalize. They do it on a day basis. They open at 6:00 in the morning and close at 6:00 at night. If someone needs to be transferred to the hospital, they are transferred. The vast majority of their patients

J'ai compris cela lors des négociations avec l'Ontario Medical Association alors qu'on m'expliquait que les médecins pratiquent les vasectomies à l'hôpital parce que le coût de l'intervention en clinique leur faisait perdre 4,11 dollars. Je ne trouvais pas que c'était une grosse somme. Ils ont répliqué que si le médecin pratique suffisamment d'interventions de ce genre, ça pourrait effectivement devenir une grosse somme.

Prenons le cas d'une intervention à l'hôpital où le patient paie le médecin pour ses services et les autres coûts sont absorbés par le budget de l'hôpital, tandis que, pratiquée en clinique, une portion des coûts indirects est à la charge du médecin; on assiste alors à la création d'une situation de dérapage pour l'hôpital. On a déjà créé une situation semblable lorsqu'on a fermé plusieurs petits hôpitaux pour centraliser les services. Le travail simple de réparation qui devrait être fait dans les centres de soins locaux par le chirurgien généraliste aboutit dans les centres spécialisés de luxe plus coûteux.

L'élément nécessaire pour équilibrer la réforme des soins primaires est l'investissement dans les cliniques externes. Je ne sais pas si ces dernières devraient être publiques ou privées. La ministre était choquée d'apprendre que la clinique Shouldice est un organisme privé. Je lui ai dit que la bonne et simple raison pourquoi on n'y touchera pas est qu'elle fonctionne très bien. À un moment donné, il faut mettre l'idéologie de côté pour favoriser ce qui fonctionne.

Un exemple intéressant du fait contraire est la clinique Pan Am à Winnipeg qui était une clinique orthopédique très achalandée. Qu'elle soit une clinique privée n'est qu'un accident de parcours. Le gouvernement est en train de l'acquérir au gros prix parce qu'il n'accepte pas le statut privé de la clinique.

Que la clinique soit publique ou privée ne me choque pas dans la mesure où le travail se fait, et ce, efficacement. Je n'ai pas d'objections lorsqu'un hôpital projette d'ouvrir une clinique. Je crois que nous devrions établir un modèle de financement qui offre des incitatifs pour accomplir le travail dans un environnement moins coûteux, pourvu que ce soit fait de façon sécuritaire et efficace.

C'est une grosse pièce manquante au Canada. Nous utilisons toujours des centres hospitaliers modifiés pour accomplir le travail qui pourrait être fait dans un centre chirurgical convenablement financé. Il y a des exemples remarquables. Si vous voulez vous amuser, passez au Loyola University à Chicago pour visiter le Mulcahy Outpatient Center. Passez ensuite dans les corridors de l'hôpital qui est adjacent. Vous seriez étonnés de constater qu'il n'y a pas de patients ambulatoires. Cet hôpital se classe au 5e rang aux États-Unis pour l'intensité de ses soins. Ici, on en ferait probablement un service de soins intensifs.

Ce centre de chirurgie, dont les dimensions ont triplé depuis quelques années, fournit un grand nombre de services que nous offririons dans un centre hospitalier. Il le fait à l'intérieur des heures ouvrables normales. Il ouvre ses portes à 6 heures et les ferme à 18 heures. Si un patient a besoin de soins en centre

go home the same day. It is very cost-effective. It is a much lighter structure to run. You do not have 24-hour a day cost structure.

You need a regulatory framework. You need something like the Independent Health Facilities Act. You need a needs test.

If physicians can do vasectomies in their offices and get as good a result as doing them at the hospital, why do you want to slide these things into that setting? Some of the successful regions out west are contracting a great deal of service to providers, whether it is groups of physicians or clinics. That can be very beneficial to loosen up the system and get better value for the dollar.

The Chairman: Thank you on behalf of all of us. That was wonderful.

The committee adjourned.

hospitalier, il y est transporté. La grande majorité de ses patients rentrent à la maison le soir même. C'est un fonctionnement très économique. C'est une structure plus facile à gérer. On n'a pas les coûts d'une structure qui offre des services 24 heures sur 24.

On a besoin d'un cadre réglementaire. On a besoin d'une loi comme celle de l'Ontario. On a besoin d'une structure d'évaluation des besoins.

Si les médecins peuvent pratiquer les vasectomies en cabinet privé tout en obtenant des résultats équivalents à ceux en hôpital, pourquoi y laisser glisser ces interventions? Certaines régions dans l'Ouest sous-traitent avec succès un grand nombre de prestations à des fournisseurs de services, qu'ils soient des groupes de médecins ou des cliniques. C'est une solution bénéfique qui peut libérer le système et donner un bon rendement.

Le président: Merci de la part de nous tous. C'était très intéressant.

La séance est levée.







If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada – Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison, retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à: Travaux publics et Services gouvernementaux Canada – Édition 45 Boulevard Sacré-Coeur Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESS

Wednesday, May 1, 2002:

From the Canadian Institute for Health Information:
Michael Decter, Chairman, Board of Directors.

TÉMOIN

Le mercredi 1 mai 2002:

De l'Institut canadien d'information sur la santé:

Michael Decter, président, Conseil d'administration.



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

Première session de la trente-septième législature, 2001-2002

SENATE OF CANADA

Proceedings of the Standing Senate Committee on

Social Affairs, Science and Technology

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Monday, May 6, 2002

Issue No. 53

Fiftieth meeting on:

The state of the health care system in Canada

WITNESSES: (See back cover)

SÉNAT DU CANADA

Délibérations du Comité sénatorial permanent des

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le lundi 6 mai 2002

Fascicule nº 53

Cinquantième réunion concernant:

L'état du système de soins de santé au Canada

TÉMOINS: (Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*and

The Honourable Senators:

Callbeck

* Carstairs, P.C.
(or Robichaud, P.C.)
Cook
Cordy
Di Nino
Fairbairn, P.C.

Keon

* Lynch-Staunton
(or Kinsella)

Morin
Pépin
Robertson
Roche

* Ex Officio Members

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck

* Carstairs, c.p.
(ou Robichaud, c.p.)
Cook
Cordy
Di Nino
Fairbairn, c.p.

Keon

* Lynch-Staunton
(ou Kinsella)
Morin
Pépin
Robertson
Roche

* Membres d'office

(Quorum 4)

Published by the Senate of Canada

Publié par le Sénat du Canada

Available from: Communication Canada Canadian Government Publishing, Ottawa, Ontario K1A 089

En vente: Communication Canada Édition Ottawa (Ontario) K1A 0S9

Also available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

Aussi disponible sur internet: http://www.parl.gc.ca

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Monday, May 6, 2002 (64)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in room 257, East Block, at 9:00 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin, Robertson and Roche (8).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Howard Chodos and Odette Madore.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the Committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (For complete text of Order of Reference see proceedings of the committee, Issue No. 2.)

WITNESSES:

ROUND TABLE

From the Calgary Health Region:

Mr. Jack Davis, CEO.

As an individual:

Mr. Claude Forget, Former Minister of Health, Province of Ouebec.

From Dalhousie University:

Dr. Nuala Kenny, Professor of Pediatrics and Chair, Department of Bioethics.

From St. Michael's Hospital:

Mr. Jeffrey Lozon, President and CEO.

As an individual:

Mr. Graham Scott, Former Deputy Minister of Health, Province of Ontario.

From the Royal Columbian Hospital:

Dr. Les Vertesi, Medical Director.

The Chairman made a statement.

Mr. Davis made a statement. Dr. Vertesi made a statement. Mr. Scott made a statement. Dr. Kenny made a statement. Mr. Lozon made a statement. Mr. Forget made a statement. The witnesses answered questions.

At 10:57 a.m., the sitting was suspended.

At 11:08 a.m., the sitting was resumed.

The witnesses answered questions.

At 12:35 p.m., the sitting was suspended.

At 1:00 p.m., the sitting was resumed.

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le lundi 6 mai 2002 (64)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 heures, dans la pièce 250-S de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (président).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin, Robertson et Roche (8).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos et Odette Madore.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale sur l'état du système de soins de santé au Canada. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule nº 2 du comité.*)

TÉMOINS:

TABLE RONDE

De la Calgary Health Region:

M. Jack Davis, président-directeur général.

À titre personnel:

M. Claude Forget, ex-ministre de la Santé, province de Ouébec.

De l'Université Dalhousie:

La Dre Nuala Kenny, professeur de pédiatrie; présidente, Département de bioéthique.

De l'hôpital St. Michael's:

M. Jeffrey Lozon, président-directeur général.

À titre personnel:

M. Graham Scott, ex-sous-ministre de la Santé, province de l'Ontario.

De l'hôpital Royal Columbian:

Le Dr Les Vertesi, directeur médical.

Le président fait une déclaration.

M. Davis fait une déclaration. Le Dr Vertesei fait une déclaration. M. Scott fait une déclaration. La Dre Kenny fait une déclaration. M. Lozon fait une déclaration. M. Forget fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 10 h 57, la séance est suspendue.

À 11 h 08, la séance reprend.

Les témoins répondent aux questions.

À 12 h 35, la séance est suspendue.

À 13 heures, la séance reprend.

The witnesses continued to answer questions.

At 3:30 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

Les témoins répondent aux questions.

À 15 h 30, le comité ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité, Catherine Piccinin Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, May 6, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:00 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Michael Kirby (Chairman) in the Chair.

[English]

The Chairman: Senators, today we will begin hearings on volume 6 of our health care study. As most of you are aware, the study for the first five volumes began with some background material and some options; and then, in the volume we put out about two weeks ago, we outlined a series of principles for restructuring the hospital and doctor system in Canada.

We will hear from a panel of distinguished people from across the country, literally from one coast to the other, who will speak to two broad issues: development of a plan of action from the set of principles that we put forward; and, since we have made it clear that the health care system as we know it is fiscally unsustainable, their suggestions and thoughts, from a federal government point of view, as to how the additional funding can be injected into the system and the options for Canadians in helping to pay for improved health care.

Our first witness is Mr. Jack Davis, who is the Chief Executive Officer of the Calgary Health Region and former secretary to the cabinet in the Government of Alberta.

Mr. Jack Davis, CEO, Calgary Health Region: As a Western Canadian, I must say I feel I have achieved a certain status in life in appearing before this committee and I thank you for the opportunity to comment on health reform in Canada. As we all know, it is a hot topic these days, with a number of committees and commissions at both the provincial and federal levels reviewing the health care system, its sustainability, its future, et cetera. I will provide you with a quick overview of the major issues facing us and how best to approach them from my personal viewpoint, but also in terms of some of the discussions that are taking place in Alberta and in the Calgary Health Region.

We see three major issues facing the health system in Canada. The first is building a sustainable and predictable revenue stream. The Mazankowski report, recently tabled in Alberta, was the first major review to focus on cost containment and cost efficiency in the health care system and to put the revenue issue on the table. We need to get our heads around how to put together a revenue stream that is both sufficient and predictable.

The Mazankowski report, and our own thinking in Calgary and Alberta, is leading us to conclude that government cannot be the only answer. There need to be other revenue streams, and we

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 6 mai 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 heures pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (président) occupe le fauteuil.

[Traduction]

Le président: Honorables sénateurs, nous entreprenons aujourd'hui les audiences sur le volume 6 de notre étude du système de soins de santé. Comme la plupart d'entre vous le savent, nous avons, pour les cinq premiers volumes, d'abord étudié des documents d'information et des options; puis, dans le volume que nous avons rendu public il y a environ deux semaines, nous avons énoncé une série de principes pour la restructuration des soins hospitaliers et médicaux au Canada.

Nous allons entendre un groupe d'éminents Canadiens des quatre coins du pays, d'un océan à l'autre, littéralement, qui nous entretiendront de deux vastes questions: l'élaboration d'un plan d'action issu des principes que nous avons définis et, puisque nous avons établi clairement que le système de soins de santé tel que nous le connaissons n'est pas viable financièrement, leurs suggestions et leurs réflexions, d'un point de vue fédéral, sur les modalités d'injection de fonds additionnels dans le système de même que les options qui s'offrent aux Canadiens pour assumer les coûts de soins de santé améliorés.

Notre premier témoin est M. Jack Davis, président-directeur général de la Calgary Health Region et ex-secrétaire du Cabinet du gouvernement de l'Alberta.

M. Jack Davis, président-directeur général, Calgary Health Region: À titre de Canadien vivant dans l'Ouest, je dois avouer avoir ressenti un sentiment d'accomplissement personnel à l'idée de comparaître devant le comité. Je vous remercie de l'occasion qui m'est donnée de m'exprimer sur la réforme des soins de santé au Canada. Comme nous le savons tous, il s'agit aujourd'hui d'une question brûlante d'actualité, un certain nombre de comités et de commissions, aux niveaux provincial et fédéral, étudiant le système de soins de santé, sa viabilité, son avenir, et cetera. Je vais vous présenter un bref aperçu des principaux problèmes auxquels nous sommes confrontés et des meilleurs moyens d'y faire face, de mon point de vue personnel, mais aussi de celui de certaines discussions qui ont cours en Alberta et dans la Calgary Health Region.

Au Canada, le système de soins de santé fait face à trois problèmes principaux. Le premier a trait à l'établissement de revenus durables et prévisibles. Le rapport Mazankowski, récemment déposé en Alberta, a été le premier examen majeur portant sur la compression des coûts et l'efficience dans le système de soins de santé et à mettre sur la table la question des revenus. Nous devons maintenant nous attaquer aux moyens d'établir des sources de revenu suffisantes et prévisibles.

Le rapport Mazankowski et notre expérience à Calgary et en Alberta nous amènent à conclure que le gouvernement ne peut être la seule réponse. On doit miser sur d'autres sources de revenu, are currently looking at what those options might be. That includes everything from an insurance-based system to different ways to raise revenue, and even whether we could potentially sell some of our services internationally by bringing patients to Canada or by providing services in other countries. We must be very innovative on the revenue side. That is not to say that governments should be allowed to abdicate their responsibility for coming up with a more acceptable way to provide funding and resources for health care in Canada. That touches on a very key issue.

We are committed to what we call "spending smarter," which means continuing to look not only for efficiency gains, but also for productivity gains within the delivery system, and we think they are there. They may require some additional investment. There is much discussion about the electronic health record, master patient indexes and ways of using technology to improve productivity. However, we think there are still some opportunities in system organization and inter-regional and interprovincial collaboration that should be aggressively pursued, and we are committed to that. Spending smarter is a key component of our strategy as we move forward.

The final component is referred to as "managing demand." This means working with the public on how to encourage Canadians to take more responsibility for their own health, focusing on wellness and the prevention of illness and disease. We think this is a tremendous opportunity, and we have not attacked this problem in an organized and coherent fashion. We have not yet provided the needed resources, but we are committed, in Calgary in particular, to moving forward aggressively in this area. This was the first recommendation of the Mazankowski report. It is a high priority in Alberta and I think we can really move forward on those recommendations.

I will speak later to the role of the federal government in this area, but we would certainly like to see the aggressive use of tax incentives to promote wellness behaviour on the part of Canadians. When we look at health care, we see that the "sickness" part of the system is almost completely funded or free to the user, whereas on the wellness side of the agenda it is almost the reverse. Individuals are responsible for all of the costs and there is very little government incentive to promote wellness behaviour. Those are three key areas.

The Chairman: That will be an interesting topic to come back to. Our next witness is Dr. Les Vertesi, Medical Director at Royal Columbian Hospital in Vancouver. Interestingly enough, his medical specialty is dealing with emergency rooms and services. Dr. Vertesi has written a book on the health care system that the

et nous étudions présentement les options qui s'offrent à nous. Il peut s'agir d'un régime d'assurance à de nouveaux moyens de générer des revenus et même de la possibilité de vendre certains de nos services sur la scène internationale, soit en faisant venir des patients au Canada, soit en offrant des services dans d'autres pays. Sur le plan des revenus, nous devons faire preuve de beaucoup d'innovation. On ne doit pas pour autant permettre aux gouvernements d'abdiquer la responsabilité qui leur échoit de trouver un moyen plus acceptable de trouver des fonds et des ressources pour le système de soins de santé au Canada. En fait, nous sommes ici au cœur du problème.

Nous sommes déterminés à dépenser de façon plus intelligente, ce qui signifie que nous allons demeurer à l'affût de gains d'efficience possibles, mais aussi de gains de productivité dans le système de prestation, et nous pensons qu'il existe des possibilités à ce chapitre. Pour ce faire, nous allons peut-être devoir consentir certains investissements additionnels. À l'heure actuelle, il est beaucoup question du dossier de santé électronique, des indexmaîtres sur les patients et du recours à la technologie comme moyen d'améliorer la productivité. Cependant, nous sommes d'avis qu'il existe certaines possibilités relatives à l'organisation du système et à la collaboration interrégionale et interprovinciale qui devraient être explorées en profondeur, et nous sommes déterminés à le faire. Dépenser de façon plus intelligente est un volet clé de la stratégie que nous avons mise au point pour l'avenir.

Le dernier élément a trait à ce que nous appelons la «gestion de la demande». Il s'agit de définir avec le public les moyens d'inciter les Canadiens à assumer de plus grandes responsabilités vis-à-vis de leur propre santé, en mettant l'accent sur le bien-être et la prévention de la maladie. Nous pensons que cette approche est extraordinairement prometteuse. Jusqu'ici, nous ne nous sommes pas attaqués à ce problème de façon structurée et cohérente. Nous n'avons pas encore fourni les ressources nécessaires, mais nous sommes déterminés, en particulier à Calgary, à progresser de façon dynamique dans cette direction. C'était la première recommandation du rapport Mazankowski. En Alberta, il s'agit d'une priorité de tout premier plan, et je pense que nous pouvons faire beaucoup pour donner suite à ces recommandations.

Je dirai plus tard un mot du rôle du gouvernement fédéral dans ce domaine, mais il est certain que nous préconisons le recours dynamique à des incitatifs fiscaux comme moyen de promouvoir l'adoption par les Canadiens d'un comportement favorisant le bien-être. À l'examen du système de soins de santé, on se rend compte que le volet du système portant sur la maladie est pratiquement financé à part entière ou gratuit pour l'utilisateur, tandis que, pour ce qui est du volet fondé sur le bien-être, c'est presque le contraire. Ce sont les particuliers qui assument la responsabilité de tous ces coûts, et le gouvernement fait très peu pour promouvoir l'adoption de comportements favorables au bien-être. Ce sont les trois principaux secteurs.

Le président: Nous reviendrons sur cette question intéressante. Nous allons maintenant entendre le Dr Les Vertesi, directeur médical à l'hôpital Royal Columbian de Vancouver. Fait intéressant, le Dr Vertesi se spécialise dans les salles et les soins d'urgence. Il a écrit un livre sur le système de soins de santé que le

committee found absolutely fascinating. It is not yet published, but he was kind enough to share it with the committee. We found that very helpful.

Dr. Les Vertesi, Medical Director, Royal Columbian Hospital: Ladies and gentlemen, thank you for the opportunity to appear before your committee. A few weeks ago, I had a discussion with one of my colleagues about the problems we were having with our health care system. Being an optimistic person, and having had a preview of the reports from this committee, I mentioned that, in just a few days, the next volume of the report of the Senate committee would be published and available and that it would have some interesting and useful information. However, his response surprised me. He said, "Oh no, not another report from another committee on health care." Those words came with me to Ottawa and have troubled me.

On the whole, Canadians are tolerant and trusting. Some might think that perhaps they are a little too tolerant. However, Canadians are not stupid and they are tired of listening to the same arguments about health care. They are tired, I think, of listening to people who insist on turning a question of delivery of services into a battle between good and evil. They are also tired of listening to governments, and others, telling them what they think is good for them.

My impression is there is more at stake here than just our health care, as if that were not enough. The credibility of our own government and its institutions are also on the line.

As a physician, not only was I trained to make a diagnosis, but to look for clues before doing so. Our health care system is in trouble, that much is clear. I think only the most rigid diehards will continue to deny that. The problems with our health care system seem to be widespread throughout all the provinces, no matter what the political jurisdiction or institutions, or the resources with which we are dealing.

That tells me that whatever we are doing wrong, if anything at all, we are all doing it. As I do not think someone is deliberately trying to sabotage health care, what we are doing wrong is also something we think we are doing right.

That brings up a disturbing question: What if we are doing something that we think is right but is actually wrong, and it lies right within the principles of health care that we cherish so much? One of the questions we will have to face is what would we do if it became evident that one of the serious problems with our health care system lies within the very principles we have sworn to defend?

Many people ask me what role the federal government can legitimately play in health care, since health is a provincial jurisdiction. However, if it is true that one of the problems with health care lies within the core principles we have established for

comité a jugé absolument fascinant. L'ouvrage est encore inédit, mais le Dr Vertesi a eu la gentillesse de le mettre à la disposition du comité. Cela nous a été très utile.

Le Dr Les Vertesi, directeur médical, hôpital Royal Columbian: Mesdames et messieurs, merci de l'occasion qui m'est donnée de comparaître devant le comité. Il y a quelques semaines, j'ai discuté avec un de mes collègues des problèmes auxquels fait face notre système de soins de santé. Étant d'un naturel optimiste et ayant pris connaissance des rapports publiés par le comité, j'ai mentionné que, dans quelques jours, le nouveau volume du rapport du comité du Sénat allait être publié et accessible et qu'on allait y retrouver certains renseignements intéressants et utiles. Sa réponse, cependant, m'a pris par surprise. Il a dit: «Ah non! Pas encore un rapport issu d'un comité sur les soins de santé». Ces mots, qui m'ont accompagné jusqu'à Ottawa, m'ont plongé dans la perplexité.

Dans l'ensemble, les Canadiens sont tolérants et confiants. Certains diraient même qu'ils sont peut-être un peu trop tolérants. Cependant, ils ne sont pas stupides et ils en ont assez d'entendre ressasser les mêmes arguments sur les soins de santé. Ils en ont assez, je pense, d'entendre ceux qui s'obstinent à faire de la question de la prestation de services une bataille entre le bien et le mal. Ils en ont assez d'entendre les gouvernements et d'autres leur dire ce qui est bien pour eux.

Mon impression, c'est que l'enjeu va ici bien au-delà des simples soins de santé, comme si ce n'était pas déjà suffisant. La crédibilité de notre gouvernement et de ses institutions est aussi en cause.

À titre de médecin, j'ai appris non seulement à établir des diagnostics, mais aussi à chercher des indices sur lesquels fonder ces derniers. Notre système de soins de santé est en difficulté, cela ne fait aucun doute. À mon avis, seuls les jusqu'au-boutistes les plus inflexibles continueront de le nier. Les problèmes qu'éprouve notre système de soins de santé semblent généralisés à toutes les provinces, peu importe l'administration politique, les institutions ou les ressources auxquelles nous avons affaire.

Voilà qui m'amène à conclure que nous commettons tous les mêmes erreurs, à supposer que ce soit là le problème. Je ne pense pas que quiconque s'amuse à saboter délibérément le système de soins de santé, ce qui m'amène à conclure que nous croyons faire bien ce que nous faisons de travers.

Voilà qui soulève une question troublante: qu'arrive-t-il si ce que nous croyons faire bien constitue en réalité une erreur et cette erreur a trait aux principes mêmes de la santé qui nous tiennent tant à cœur? L'une des questions que nous allons devoir nous poser est la suivante: que faire s'il apparaît évident que l'un des graves problèmes auxquels notre système de soins de santé est en butte a trait aux principes mêmes que nous nous sommes juré de défendre.

On me demande souvent quel rôle le gouvernement fédéral peut légitimement jouer dans les soins de santé, puisque la santé relève de la compétence des provinces. Or, s'il est vrai que l'un des problèmes que connaissent les soins de santé est lié aux principes medicare, then who else but the federal government is in a position to identify that and do something about it?

I sincerely hope this meeting is not only about one more report on health care. Those disenchanted people out there who tend to vote with their feet and wallets will take care of themselves and their families by looking at private clinics or the United States if they have to, and they will eventually judge us. If we fail them, then we will be feeding that black market for health care services.

The fact is, regardless of how important we think the meeting here is today — and I believe it is important — the public is not exactly waiting with baited breath for our words of wisdom. We need to do something more than just generate another report. We need to do something that really counts, and I am here in Ottawa to help make that happen.

The Chairman: Next we have Graham Scott, a corporate lawyer. However, that is not why he is here today. He is here because of his background in health care. He is a former deputy minister of health in the Province of Ontario, and until very recently, was the chief executive officer of Cancer Care Ontario, which is the organization that links together all the cancer facilities in the province.

Mr. Graham Scott, Former Deputy Minister of Health, Province of Ontario: Honourable senators, I want to thank you for inviting me to participate in this event. I am very impressed with the quality of work of this committee to date, and while the most difficult decisions lie ahead, you have prepared a very solid base.

I support the three fundamental realities you set out in volume 5 and remain convinced that government can and must continue to be the single source of funds for essential health services and responsible for the establishment of health policy.

There is one thing I want to urge in your final report. I urge you to clarify and define the terminology around public and private participation in the future health system. Most Canadians want quality, affordable, accessible and efficient health care and, frankly, will not be concerned by the actual mix of for-profit and not-for-profit providers if they get it.

The public is completely confused by the lack of a clear differentiation between the private provision of health care within the publicly funded system and the private funding of components of current or future health care services. The committee will do a tremendous service to Canadians by clearly articulating the differences in the final report. This would also be an essential context for the committee's recommendations on the respective roles of public and private sector providers.

mêmes que nous avons définis pour le régime d'assurancemaladie, qui d'autre que le gouvernement fédéral est en mesure de les cerner et d'y remédier?

J'espère sincèrement que l'audience d'aujourd'hui ne s'inscrit pas uniquement dans la perspective d'un rapport de plus sur les soins de santé. Les Canadiens désenchantés qui tendent à s'exprimer en allant ailleurs et en dépensant leur argent ailleurs subviendront à leurs besoins et à ceux de leur famille en s'adressant à des cliniques privées ou, s'il le faut, en se rendant aux États-Unis, et ils finiront par porter un jugement pour nous. Si nous échouons, nous allons alimenter le marché noir des services de soins de santé.

Peu importe l'importance que nous attachons à la séance d'aujourd'hui — et je crois pour ma part qu'elle est importante —, les Canadiens ne sont pas exactement disposés à boire nos mots de sagesse comme du petit lait. Nous ne devons pas nous contenter de produire un rapport de plus. Nous devons prendre des mesures qui comptent, et c'est pour cette raison que je me trouve ici à Ottawa.

Le président: Nous allons maintenant entendre Graham Scott, qui agit comme conseiller juridique auprès d'entreprises. Cependant, ce n'est pas à ce titre qu'il est ici aujourd'hui. Nous l'avons invité en raison de ses antécédents dans le domaine des soins de santé. Il a été sous-ministre de la Santé en Ontario et, jusqu'à tout récemment, il était le premier dirigeant d'Action Cancer Ontario, organisme assurant la liaison entre tous les centres de cancérologie de la province.

M. Graham Scott, ex-sous-ministre de la Santé, province de l'Ontario: Honorables sénateurs, je vous remercie de m'avoir invité à participer à la séance d'aujourd'hui. Je suis très impressionné par la qualité du travail effectué par le comité jusqu'ici. Même si les décisions les plus difficiles restent à prendre, vous avez jeté des bases très solides.

Je suis d'accord avec les réalités fondamentales que vous avez énoncées dans le volume 5. Je demeure convaincu que le gouvernement peut et doit continuer d'être la seule source de financement des services de santé essentiels et qu'il doit demeurer responsable de l'établissement de la politique en matière de santé.

C'est l'une des questions que je vous invite à préciser dans votre rapport. Je vous prie instamment de clarifier et de définir la terminologie qui entoure la participation publique et privée au futur système de soins de santé. La plupart des Canadiens tiennent à des soins de santé abordables, accessibles, efficients et de qualité. Franchement, la répartition effective des fournisseurs à but lucratif et sans but lucratif leur apportera peu, à condition qu'on leur assure de tels services.

L'absence de distinctions claires entre la prestation privée de soins de santé au sein du système public et le financement privé de certains volets des services de soins de santé actuels ou futurs plonge les citoyens dans la confusion totale. Le comité rendra un fier service aux Canadiens en présentant clairement les différences dans son rapport final. Ces précisions serviraient également de contexte essentiel aux recommandations que formulera le comité sur les rôles respectifs des fournisseurs des secteurs public et privé.

The best way to determine the potential of the private sector and help Canadians achieve their health goals within the public system is to avoid the strident and destructive debate that equates anything private with advocates who argue for a U.S.-style health care and sterile formulas for the ratio of for profit to not for profit within the system. Debate between the polar extremes prevents the examination of the potential role for the private sector within a public system. We must be prepared to examine where the creative use of the private sector will help Canadians achieve their societal health goals. Tired, inflexible absolutes on profit versus non-profit arguments may deny the public system valuable options.

The subject of sustainability often generates more heat than light, and much of this is due to the proposition that when you lack a reliable system of information, all opinions are equal. The health system currently requires more financial support, predictable funding and solid information. Funding is needed to help make up ground lost in the last decade, to address the required continuum of care through consistent and reasonable access, partially publicly fund home care and drugs and, of course, to develop effective information and management planning systems.

To become sustainable, the system requires more than additional funding. We are building on an outdated and unsustainable structure. We could accomplish a great deal more with a realignment of incentives within the system, something you noted in your report. Realignment of incentives, however, requires political courage in guiding both providers and purchasers through considerable change while ensuring predictable funding to support long-term planning and organization.

Between 1996 and 2000, in my practice with McMillan Binch, and together with my colleague, Maureen Quigley of Maureen Quigley and Associates, I was privileged to participate in mergers involving some 36 hospitals in Ontario. There were many lessons learned, and few are unique to Ontario. The crucial lesson for me was that hospital reform, on its own, can only have a limited impact if not matched with reforms to other parts of the system. There was no mandate to ensure that physicians, nurses and other professionals were positioned to work more effectively within reformed institutions. We do not even come close to making optimal use of the professional health talent we have in this country. The problems in primary care reform expose the often artificial but powerful limitations on effective use of our professionals.

With regard to how additional health funding may be raised, if we are to develop sources beyond general revenues, there is substantial merit in identifying specific funding methods in order La meilleure façon de définir le potentiel du secteur privé et d'aider les Canadiens à réaliser leurs objectifs sanitaires au sein du régime public consiste à éviter le débat véhément et destructeur dans lequel on assimile tout ce qui est privé aux partisans d'un système de soins de santé à l'américaine, de même que les formules stériles d'établissement de ratios entre les services à but lucratif et sans but lucratif au sein du système. Le débat entre des positions polarisées empêche l'examen du rôle potentiel du secteur privé dans un régime public. Nous devons être prêts à déterminer où le recours créatif au secteur privé aidera les Canadiens à réaliser leurs objectifs sociaux dans le domaine de la santé. En se campant sur de vieilles positions inflexibles fondées sur la notion de profit, on risque de priver le régime public d'options précieuses.

Souvent, la question de la viabilité suscite plus de controverse que d'explications et le phénomène s'explique en grande partie par le fait que, en l'absence d'un mécanisme d'information fiable, toutes les opinions sont égales. Le système de soins de santé a aujourd'hui besoin d'un soutien financier accru, d'un financement prévisible et de plus d'informations solides. On doit injecter des fonds pour rattraper le temps perdu au cours de la dernière décennie, assurer le continuum de soins nécessaires au moyen d'un accès cohérent et raisonnable, fournir des soins à domicile et des médicaments financés en partie par le régime public et, bien entendu mettre au point des systèmes efficaces d'information et de gestion prévisionnelle.

Des fonds additionnels ne suffiront pas à assurer la viabilité du système. Nous bâtissons sur des fondements désuets et non viables. Nous pourrions accomplir bien davantage au moyen d'un réalignement des incitatifs inhérents au système, comme vous l'avez relevé dans votre rapport. Le réalignement des incitatifs, cependant, suppose que l'on fasse preuve de courage politique. En effet, on devra aider les fournisseurs et les acheteurs à accepter des changements considérables, tout en garantissant un financement prévisible pour soutenir l'organisation et la planification à long terme.

Entre 1996 et 2000, j'ai, dans ma pratique chez McMillan Binch, eu le privilège, de concert avec ma collègue Maureen Quigley de Maureen Quigley and Associates, de participer aux fusions auxquelles ont été mêlés 36 hôpitaux de l'Ontario. Nous avons tiré de nombreuses leçons de l'expérience, et rares sont celles qui sont propres à l'Ontario. À mes yeux, la leçon cruciale est que la réforme du réseau hospitalier aura en soi un effet limité si elle ne s'accompagne pas de la réforme d'autres volets du système. On n'avait rien prévu pour faire en sorte que les médecins, les infirmières et d'autres professionnels de la santé aient les moyens de travailler plus efficacement au sein des établissements réformés. Nous sommes encore bien loin d'exploiter au maximum le potentiel des professionnels de la santé du pays. Les problèmes que soulève la réforme des soins primaires font ressortir les restrictions souvent artificielles mais néanmoins rigoureuses qui nuisent à l'utilisation efficace de nos professionnels.

En ce qui concerne les moyens de générer des fonds additionnels pour la santé, on serait fondé à définir des méthodes de financement précises pour favoriser la to encourage accountability and transparency. Such new revenue sources should be focused on the specific needs of the system, and I would target health information systems as our greatest priority, as without it, and without some dedicated funding source, it is unlikely ever to be properly funded. Premiums and copayments are acceptable approaches, provided there are safeguards for individuals with lower incomes.

As to broader financing reforms, the utilization of the tax system, as proposed some years ago and revived this month in a different form by the C.D. Howe Institute, should merit special attention from the committee. It provides an effective approach to many of the issues in revenue generation. Finance ministries will not like it, and while we are on the subject of what they may not like, even an add-on to the GST might be a useful vehicle. It would certainly test people's commitment to spending on health care.

As to administration and management, in an ideal world, an arm's-length administration would be desirable. However, as it involves the expenditure of a large portion of provincial budgets, it is problematic to expect a provincial government to be comfortable with so much budget spending beyond ministerial control. However, the idea of specific authorities clearly focused on management of certain aspects of the system and reporting to the health minister has much to commend it. This can enhance both concentration of expertise and accountability.

Finally, there is little mystery involved in health reform. The challenge is one of change, and change is always threatening. We have many disparate and influential voices in health care, combined with very nervous Canadians who fear for their future. It will take political courage, federal-provincial cooperation, clarity and determination to bring about the needed reforms.

The example of your committee to date in working together to tackle this difficult issue provides encouragement that this just might happen. If it does, it will ensure that Canadians have quality, affordable and sustainable health care.

The Chairman: Our next speaker is Sister Nuala Kenny. In addition to being a member of a religious order, she is also a doctor and a professor of pediatrics at Dalhousie Medical School. She is the Chair of its Department of Bioethics and is also a former deputy minister of Health for the Province of Nova Scotia.

Dr. Nuala Kenny, Professor of Pediatrics and Chair, Department of Bioethics, Dalhousie University: Thank you for inviting me to participate today. Let tell you, first, of the lens responsabilisation et la transparence, à supposer que nous tentions de repérer des sources autres que les recettes générales. Ces nouvelles sources de revenu devraient être centrées sur les besoins précis du système, et je suis pour ma part d'avis que les systèmes d'information sur la santé constituent notre toute première priorité puisque sans un tel ordre de priorité et sans une forme ou une autre de financement de fonds réservés, de tels systèmes ne seront probablement jamais adéquatement financés. Les cotisations et les quotes-parts représentent des approches acceptables, à condition qu'on prévoie des garanties pour les personnes à faible revenu.

En ce qui concerne les réformes plus générales du financement, le comité devrait accorder une attention toute particulière à l'utilisation du régime fiscal, comme on l'a proposé il y a quelques années, question que l'Institut C.D. Howe a remise sur le tapis ce mois-ci, dans une version différente. En fait, il s'agit d'une approche efficace de bons nombres de problèmes liés à la génération de revenus. Les ministres des Finances ne la verront pas d'un bon œil, et pendant que nous parlons des sujets susceptibles de leur déplaire, je mentionne que même une majoration de la TPS pourrait constituer un véhicule utile. La mesure permettrait à coup sûr de vérifier la volonté des citoyens de dépenser dans le domaine des soins de santé.

En ce qui concerne l'administration et la gestion, il serait souhaitable, dans un monde idéal, de miser sur une administration autonome. Cependant, comme cela suppose l'utilisation d'une bonne part des budgets provinciaux, on ne peut s'attendre à ce qu'un gouvernement provincial accueille favorablement des dépenses d'une telle ampleur échappant au contrôle ministériel. Cependant, l'idée de recourir à des responsables précis clairement voués à la gestion de certains aspects du système et relevant du ministre de la Santé a de quoi plaire. Une telle mesure favoriserait la concentration de l'expertise et de la reddition de comptes.

Enfin, la réforme de la santé n'a rien de bien mystérieux. Le défi consiste à apporter du changement, et le changement est toujours menaçant. Des voix influentes et disparates s'élèvent dans le domaine des soins de santé, lesquelles se conjuguent à celles de Canadiens très nerveux, qui craignent pour l'avenir. Pour effectuer les réformes nécessaires, on devra compter sur le courage politique, la coopération fédérale-provinciale, la clarté et la détermination.

L'exemple fourni jusqu'ici par votre comité, qui n'a pas hésité à s'attaquer à cette tâche difficile, laisse croire que c'est peut-être possible. Le cas échéant, les Canadiens bénéficieront de soins de santé abordables, viables et de qualité.

Le président: Nous allons maintenant entendre sœur Nuala Kenny. En plus d'être membre d'un ordre religieux, elle est médecin et professeure de pédiatrie à l'école de médecine de l'Université Dalhousie. Elle est la présidente du Département de bioéthique et a déjà été sous-ministre adjointe de la Santé de la province de la Nouvelle-Écosse.

La Dre Nuala Kenny, professeure de pédiatrie et présidente, Département de bioéthique, université Dalhousie: Merci de m'avoir invitée à participer aujourd'hui. Permettez-moi d'entrée de jeu de through which all my comments today will be made, as it is the lens to which I am irrevocably committed. It is one through which I think the issue of Canadian health reform must be focused, and that is, the manifestation of Canadian values.

I want to summarize what has been a fair amount of work on my part, soon to be published, and which will be quite different from the perspective of Dr. Vertesi. I hope that, through the course of the day, we will have an opportunity to compare and contrast views, looking in a very respectful way at different interpretations of the issues before us.

The lens that I want to bring is really a summary statement of the values that have been incorporated into the development of Canadian health care until now. If we look at the history and get beneath much of the rhetoric about the principles of the Canada Health Act themselves being a manifestation of values, I have concluded that in fact there are four fundamental values that have shaped where we are today and which constitute the lens through which we need to look to the future.

The first value is that of solidarity, or collective responsibility. It has become clear that the Canadian approach to health need is that "we are in this together." Health need has been seen as a particular kind of need that requires a collective responsibility, a kind of social solidarity that has been very powerful in our history.

The second value, aligned to that but distinct from it, is that Canadians have attributed particular importance to the value of fairness. Being fair has been extraordinarily important in our history. In health care, fairness is understood as equity, and what I now believe to be a unique Canadian conception of it. Canadians understand that, in health care, fairness, understood as equity, means treating persons the same but taking into account substantive differences.

We have in fact believed and understood that health need is a substantially different kind of need from other human needs. We have taken it into account by providing a collective response, with shared risk.

Those two values — solidarity and equity — have meant that in the arena of health need and response to it, we have understood that assumption of shared risk means that there will be a redistributive agenda. Of necessity, the people who are sicker — and the poorer who are sicker — will require resources from those who are wealthier and healthier in order to provide for their particular health need. I will return to that in my summary analysis of what I hope we will debate in detail today, because it becomes important.

The third value I want to emphasize is that of compassion. Canadians have always understood that in some way, this is not simply a collective responsibility for the sake of a kind of

vous dire sous quel angle je vous présenterai mes propos d'aujourd'hui. C'est l'angle que j'ai adopté de façon irrévocable. À mon avis, c'est sous cet angle qu'on doit aborder la question de la réforme des soins de santé au Canada. Je veux parler des valeurs canadiennes.

J'aimerais vous résumer brièvement des travaux considérables que j'ai menés et qui feront bientôt l'objet d'un livre, lequel sera relativement différent de celui du Dr Vertesi. J'espère que, dans le courant de la journée, nous aurons l'occasion de comparer nos vues et de les mettre en contraste, afin de porter un regard très respectueux sur les différentes interprétations possibles des problèmes auxquels nous sommes confrontés.

L'angle sous lequel je souhaite aborder le débat constitue en réalité une déclaration sommaire des valeurs intégrées jusqu'ici à l'élaboration du système de soins de santé du Canada. À l'examen de l'histoire et de la rhétorique qui sous-tend les principes de la Loi canadienne sur la santé, lesquels traduisent eux-mêmes les valeurs, j'en suis venue à la conclusion qu'il existe quatre valeurs fondamentales qui nous ont conduits là où nous sommes aujourd'hui et qui constituent l'angle sous lequel nous devons appréhender l'avenir.

La première valeur, c'est celle de la solidarité ou de la responsabilité collective. Il est apparu clairement que l'approche canadienne des besoins en santé se résume comme suit: «Nous sommes tous dans le même bateau». On considère les besoins en santé comme des besoins particuliers faisant appel à un sens collectif de la responsabilité, forme de solidarité sociale qui a joué un rôle très important dans notre histoire.

La deuxième valeur, qui s'inscrit dans le prolongement de la première tout en étant distincte, c'est que les Canadiens ont accordé une importance particulière à la justice. La justice a joué un rôle d'une importance extraordinaire dans notre histoire. Dans le domaine des soins de santé, «justice» s'entend d'«équité», et je crois que les Canadiens s'en font une conception unique. Dans le domaine des soins de santé, les Canadiens se rendent compte que la justice, au sens d'équité, signifie qu'on doit traiter tout le monde sur un pied d'égalité, dans le respect des différences de fond.

En fait, nous avons cru et compris que les besoins en santé sont sensiblement différents des autres besoins humains. Nous en avons tenu compte en nous dotant d'une solution collective, en vertu de laquelle les risques sont partagés.

Ces deux valeurs — la solidarité et l'équité — ont fait en sorte que, relativement aux besoins en santé et à la satisfaction de ces derniers, nous avons compris que le partage des risques entraîne forcément une forme de redistribution. Par la force des choses, les personnes qui sont plus malades — et les plus pauvres qui sont plus malades — exigeront, pour la satisfaction de leurs besoins particuliers en santé, plus de ressources que celles qui sont mieux nanties et en meilleure santé. J'y reviendrai dans mon analyse sommaire des questions dont nous allons débattre en détail aujourd'hui, du moins je l'espère, parce qu'elles sont importantes.

La troisième valeur que je souhaitais mettre en lumière est celle de la compassion. D'une certaine façon, les Canadiens ont toujours compris que la responsabilité collective ne visait pas efficiency, but rather, mixed with our particular approach is an understanding that health need in all its complex forms — not simply acute health care — requires a certain kind of identification with those who suffer; that we have a sense, not just that they are sick, but of trying to get underneath what it must be like to be carrying that burden of illness, disease or disability.

Therefore we have solidarity, equity and compassion, and one final one I want to mention. I believe that what is at stake here—and you will see it in my specific comments on your report—is a different way of understanding the value of efficiency. I would suggest that equity is being challenged.

I give you great credit for the courage shown in volume 4 in stating upfront a different articulation of equity: That is, not whether we are being fair to the poor, but whether we should redistribute to be more fair to those who have resources. That is a fundamental question and we should address it head on.

Historically, we have valued a universal, single-payer accessible health care system because it has been more efficient. It has been more efficient precisely because government most efficiently delivers public goods, not market goods.

Of course our administrative costs, compared to any system that understands health care as a market good, show more efficiency. My point is that our understanding of efficiency is intimately related to the understanding that health care is not a market good like others; it is a public good. I then look at your report through that lens. There are a few points that I hope we will discuss in a very succinct fashion through the day.

First, I will say that your conclusion that the present system is unsustainable is problematic for me, not because I am a Pollyanna failing to understand the pressures, but rather because of the interpretation, which is that there are grave inefficiencies in our system. However, not all of the focus is placed on fixing the inefficiencies. You have done a very good job of focusing still on a single insurer and then attempting to look at ways to have a better mix of private-public delivery. I greatly appreciate that you are trying to focus on that because I agree completely that one of the things we have to do is spell out more specifically the distinction between public-private payer-insurer, and public-private, for-profit, not-for-profit delivery. We must make those distinctions. I think you have begun to do that.

simplement à assurer une forme d'efficience. Notre approche particulière repose plutôt sur la reconnaissance du fait que les besoins en santé, dont les formes sont complexes et multiples — je ne parle pas que des soins actifs —, exigent une certaine forme d'identification aux personnes qui souffrent. Au-delà de la certitude qu'elles sont malades, nous tentons de nous faire une idée de ce que représente le fardeau découlant d'une maladie ou d'une invalidité.

Outre, la solidarité, l'équité et la compassion, il y a une dernière valeur que je tiens à souligner. Ce qui est en jeu — vous le constaterez dans mon analyse détaillée de votre rapport —, c'est une nouvelle compréhension de la valeur que représente l'efficience. À mon avis, l'équité est remise en question.

Permettez-moi de vous rendre hommage pour avoir eu le courage, dans le volume 4, d'exposer d'emblée une nouvelle définition de l'équité: ainsi, la question serait de savoir non pas si les pauvres bénéficient d'un traitement équitable, mais plutôt de déterminer si nous devrions redistribuer pour assurer un traitement plus équitable aux personnes qui ont des ressources. C'est une question fondamentale à laquelle nous devrions nous attaquer de plein fouet.

Historiquement, nous avons préconisé un système de soins de santé universel et accessible à payeur unique parce que c'était le modèle le plus efficient. S'il était plus efficient, c'est précisément parce que c'est dans le domaine de la prestation de biens publics, et non de biens de marché, que le gouvernement est le plus efficient.

Bien entendu, nos frais d'administration, lorsqu'on les compare à ceux de tout système qui traite les soins de santé comme des biens de marché, dénotent plus d'efficience. Ce que je veux dire, c'est que l'idée que nous nous faisons de l'efficience est intimement liée à la conviction que nous avons que les soins de santé ne sont pas des biens de marché comme les autres. En fait, il s'agit de biens publics. Permettez-moi maintenant d'examiner votre rapport sous cet angle. Il y a un certain nombre de points dont nous allons débattre de façon très succincte aujourd'hui, du moins je l'espère.

Premièrement, je dois avouer que la conclusion à laquelle vous en venez, à savoir que le système actuel n'est pas viable, me pose problème, non pas parce que la Pollyanna que je suis est incapable de comprendre les pressions, mais plutôt à cause de l'interprétation, c'est-à-dire que notre système comporte de nombreuses pratiques non efficientes. Cependant, on ne met pas tout l'accent sur les mesures correctives. Vous avez fait du très bon travail en continuant de mettre l'accent sur un assureur unique pour ensuite tenter d'examiner les moyens d'établir une meilleure répartition entre les modes de prestation privé et public. Je vous suis profondément reconnaissante de tenter de cibler cette question parce que je suis tout à fait d'accord avec vous pour dire que nous devons définir avec plus de précision la distinction entre payeur et assureur public et privé, de même qu'entre prestations publique et privée, à but lucratif et sans but lucratif. Nous devons établir ces distinctions. Je pense que vous avez commencé à le faire.

However, I will say that the inefficiencies rampant in our present system should always be our first focus before we engage in anything that may alter those fundamental values that I mentioned. I will speak now of one other, then I will list five comments.

It is not just true that every province in this country is under pressure; every health care system in the world is under pressure. Every mechanism, every combination of public-private, including mechanisms that are profoundly market based, are under stress, because the question of expectations is not a simple one. We are rooted in a most complex society that has medicalized every aspect of human life. We are rooted in a science and technology that can do wonders, but which then partly create an enormous cascade of requirements for further dependence on health care and health technology.

Our expectations of health science and technology and, therefore, a health system, are deeply rooted. Thus the question of rationing, of unavailability of essential services, is not a wartime question. Our decision-making issue is that we have an abundance of opportunities for earlier and earlier intervention in a wider range of diseases and conditions. We will always have to make choices about the best way to use resources. That is so for private insurance just as much as for public insurance.

The issues of expectations and inefficiencies are deeply rooted in the problem.

My comments on what will work and what will not work, and what I like in what you have done so far and what I think is problematic, can be summarized this way.

First, you need to be clear in volume 6 about the goal of your reforms. We need to be clear about the goal regarding the maintenance of universal access for the poor, or medically necessary services, or however that problematic distinction might be identified. What is the goal of cost containment? What is the goal in relation to quality and outcomes, and what is the goal of a different interpretation of equity or fairness? Are we now in a different place in Canadian society and do we need to rethink that? It is only when the goal is clear that I can answer the question of what will work or not work. I need to be more specific that way.

Next, I will say that your emphasis on a single funder is extraordinarily important to me. It is a highlight of your report and I commend you for it. The only hesitation I would voice is that it seems to be limited to the doctor and hospital system. We have yet to engage in that second set of reforms that were at the

Cependant, je tiens à dire que nous devrions nous attaquer aux pratiques non efficientes qui grèvent notre système actuel avant d'entreprendre une campagne susceptible de modifier les valeurs fondamentales auxquelles j'ai fait allusion. Je vais maintenant en mentionner une autre, après quoi je ferai cinq commentaires.

Il n'y a pas que toutes les provinces du pays qui subissent des pressions; on peut en dire autant pour tous les systèmes de soins de santé du monde. Tous les mécanismes, y compris ceux qui combinent les secteurs public et privé, y compris les mécanismes profondément ancrés dans l'économie de marché, subissent des pressions, du simple fait que la question des attentes n'a rien de simple. Nous faisons partie d'une société des plus complexes où les moindres aspects de la vie humaine ont été médicalisés. Nous vivons dans une société où les sciences et la technologie font des merveilles; du même souffle, en revanche, elles sont en partie responsables de la création d'attentes énormes qui renforcent la dépendance à l'égard des soins de santé et de la technologie de la santé

Nos attentes à l'égard des sciences et des technologies de la santé et, par conséquent, du système de soins de santé sont donc profondément enracinées. Ainsi, la question du rationnement des soins de santé et de la non-disponibilité de services essentiels ne se pose pas en temps de guerre. En ce qui concerne la prise de décisions, le problème auquel nous faisons face tient au fait que, relativement à un large éventail de maladies et d'affections, nous disposons d'un grand nombre de possibilités d'interventions plus simples et plus précoces. Nous allons toujours devoir effectuer des choix relativement à la meilleure utilisation possible des ressources. Cela vaut pour l'assurance privée tout autant que pour l'assurance publique.

Les questions relatives aux attentes et aux pratiques non efficientes sont profondément ancrées dans le problème.

Mes commentaires au sujet des solutions qui fonctionneront et celles qui ne fonctionneront pas ainsi qu'au sujet de ce qui me plaît dans ce que vous avez fait jusqu'ici et de ce qui me paraît poser problème, peuvent se résumer comme suit.

D'abord, vous devez, dans le volume 6, exposer clairement le but de vos réformes. Nous devons établir clairement l'objectif qui consiste à préserver l'accessibilité universelle pour les pauvres ou l'accès aux services médicalement nécessaires, peu importe comment on établira cette distinction problématique. Quel est l'objectif de la compression des coûts? Quel est l'objectif en ce qui concerne la qualité et les résultats? Quel est l'objectif d'une interprétation différente des notions d'équité ou de justice? Vivons-nous aujourd'hui dans un lieu différent de la société canadienne? Devons-nous revenir sur toutes ces questions? Ce n'est que lorsqu'on aura établi clairement l'objectif que je serai en mesure de répondre à la question de ce qui fonctionnera ou de ce qui ne fonctionnera pas. J'ai besoin de plus de détails.

Ensuite, je précise que l'accent que vous mettez sur un bailleur de fonds unique revêt à mes yeux une importance extraordinaire. Il s'agit d'un point saillant de votre rapport, et je vous en félicite. La seule hésitation que j'ai, c'est que vous semblez vous limiter au médecin et au réseau hospitalier. Nous n'avons toujours pas

heart of the vision for Canadian medicare. However, I absolutely commend you for identifying the central importance of a single funder.

Your key concept of an unregulated monopoly is truly problematic for me. I believe you contradict yourselves in volume 5 by indicating quite clearly early on in the document that there is a huge range of people who provide private health care. Doctors and most hospitals deliver the system in an unregulated way, and then you talk about the insurer and provider roles being the same. I do not understand what you are talking about. I did not understand it when I saw it in the Mazankowski report, and I have not seen it in a very extensive review of the literature on health systems over the last year and one-half.

Incentives are important. I would ask that we look at hospitals in detail. Global funding is a cost-containment mechanism. The movement to separate out functions, which I know we will discuss in detail, seems to me to be a formula for providing specific boutique-type interventions rapidly and efficiently, while real sickness and complicated patient care is being potentially put at risk. We need to address that question. I agree completely with the incentives around physician care, and I would commend you for the essential place you give to primary care reform and the absolute need to rethink scope of practice. I would say, if anything, you have not identified deeply and strongly enough how problematic that will be. This is a fundamental question in the reform of the system, and I believe it is far more at the level of philosophy and power sharing than it is at the level of remuneration, though remuneration and incentive become important.

Finally, on the issue of gaps in the system and the proposals that you have looked at here, I believe that national pharmacare and home care programs should be incorporated into our coverage. When you look at competition, you are into a market mechanism that does not serve health care well, except in the case of clear, designated specific services that can be delivered almost on a conveyor belt. Complex care requires integration, not competition.

With the greatest of respect, I wonder whether any of you looked at the question of competition from the perspective of any place other than downtown Toronto. To answer the question of competing and buying and fund holding, and from whom you are going to buy it and who is going to provide it most efficiently, please visit me in the Maritimes.

Finally, I would emphasize your commitment to public involvement in future coverage issues. There will never be enough under any kind of plan for all persons to receive all potential health benefits. Decisions will always have to be made, and I have concluded that the process is the most important

entrepris la deuxième série de réformes qui étaient au cœur de la vision du régime d'assurance-maladie du Canada. Cependant, je tiens absolument à vous féliciter d'avoir fait ressortir l'importance centrale que revêt l'existence d'un bailleur de fonds unique.

Par ailleurs, l'idée clé que vous avancez d'un monopole non réglementé pose vraiment problème à mes yeux. Dans le volet 5, je suis d'avis que vous vous contredisez vous-même en indiquant dans les premières pages du document qu'il existe un très grand éventail de fournisseurs de soins de santé privés. Les médecins et la plupart des hôpitaux fonctionnent sans réglementation. Ensuite, vous dites que les assureurs et les fournisseurs jouent le même rôle. Je ne comprends pas de quoi vous parlez. Je n'ai pas non plus compris lorsque j'ai lu la même chose dans le rapport Mazankowski, et je n'ai rien vu à ce sujet dans une analyse très poussée de la documentation sur les systèmes de santé au cours des dix-huit derniers mois.

Les incitatifs sont importants. J'aimerais qu'on s'intéresse en profondeur à la question des hôpitaux. Le financement global est en soi un mécanisme de compression des coûts. Le mouvement qui consiste à dissocier les fonctions, je sais que nous y reviendrons plus en détail, me semble une formule permettant d'effectuer des interventions ponctuelles précises de façon rapide et efficiente, pendant que le soin des véritables maladies et des patients dont le cas est complexe courent des risques. Nous devons nous attaquer à cette question. Je suis tout à fait d'accord avec les incitatifs pour les médecins, et je tiens à vous féliciter de la place essentielle que vous faites à la réforme des soins primaires et à la nécessité absolue de repenser les champs d'activité. En fait, je suis d'avis que vous n'avez pas établi avec assez de force et de profondeur les difficultés qui s'y rattacheront. Il s'agit d'une question essentielle pour la réforme du système, et je pense que le problème se pose davantage au niveau de la philosophie et du partage des pouvoirs qu'au niveau de la rémunération, même si la rémunération et les incitatifs deviennent importants.

Enfin, en ce qui concerne les lacunes du système et les propositions que vous avez envisagées ici, je suis d'avis qu'on devrait prévoir un régime national d'assurance-médicaments et de soins à domicile. À l'examen de la concurrence, on se rend compte que nous avons affaire à un mécanisme de marché qui ne sert pas bien les intérêts des soins de santé, sauf en ce qui concerne les services clairs et précis qu'on peut assurer de façon presque machinale. Les soins complexes supposent l'intégration, et non la concurrence.

Avec tout le respect que je vous dois, je me demande si vous avez étudié la question de la concurrence dans une perspective autre que celle du centre-ville de Toronto. Pour répondre à la question de la concurrence, de l'approvisionnement, des enveloppes budgétaires, des fournisseurs éventuels et de ceux qui sont en mesure de fournir les services de la façon la plus efficiente, je vous invite à venir me rencontrer dans les Maritimes.

Enfin, je tiens à souligner que vous vous êtes engagé à associer les citoyens à l'étude des questions futures touchant la protection. Aucun régime ne suffira jamais à assurer à tous les avantages possibles sur le plan de la santé. Il y aura toujours des décisions à prendre, et j'en suis venue à la conclusion que le processus est la

question, and the most difficult part of the process is to develop an educated public. The hype about health care, the benefits of new drugs and untested, improperly assessed technology is so great that a truly educated public and, at times, truly educated colleagues in medicine, can be hard to find. We have not appropriately assessed it. Public education becomes an important issue for a public policy such as health care.

I commend you greatly for your work. You are trying to do something different here. I am only cautious because in your commitment to a single funder, which I applaud, and in your attempt to look at mechanisms to make this work, you have a mix of things I love and things that, through the lens of solidarity, equity, compassion and efficiency, I have to stop and think about.

The Chairman: Our next speaker is Mr. Lozon, the President and Chief Executive Officer of St. Michael's Hospital in Toronto and a former deputy minister of health in the Province of Ontario.

Mr. Jeffrey Lozon, President and CEO, St. Michael's Hospital: I thank you for the opportunity to be here with you this morning. I am looking forward to our discussions, and particularly the interchange between committee members and colleague panellists. I expect there will be some differences of opinion on this side of the table, as there probably are on yours, but thank you nonetheless for the privilege of taking part.

Secondly, I congratulate you. When I appeared before your committee in Toronto, I congratulated you on the work that had been done to date, and I would echo that on the basis of volume 5. As I have said before, this should be required reading for all students of health administration. It provides a nice historical background and good international context, a clear description and some cogent recommendations for the future. You are on the right track.

My opening comments are delivered from two perspectives. One is about scope and timing, and the second is about content.

One of the difficulties in talking about health care reform is the question of scope. How deep should you go in your suggestions or recommendations for change? If you stay at too high a level, they become superficial platitudes that everyone can buy into, which means that they give no direction. If they become so in depth and detailed that people can pick them apart on the basis of it does fit here and it does not fit there, it becomes impossible to implement them. The committee will have to be careful in its specific recommendations in report no. 6 about how deep you want to go in stating your recommendations. You do not want to be platitudinous, but at the same time, you do not want them to be so detailed that they are only intelligible to people like us who have spent our lives in the system.

question la plus importante. Par ailleurs, le volet le plus difficile du processus consiste à éduquer le public. Le battage publicitaire qui entoure les soins de santé, les avantages de nouveaux médicaments ainsi que de technologies non éprouvées et mal évaluées est si grand qu'il est parfois difficile de trouver des interlocuteurs véritablement au courant, dans le public et parfois même parmi mes collègues médecins. Nous n'avons pas évalué la question comme il se doit. L'éducation du public devient un enjeu important pour une politique gouvernementale comme les soins de santé.

Je vous félicite de votre travail. Vous tentez ici de faire quelque chose de différent. Je tiens simplement à vous mettre en garde parce que, dans votre engagement envers un bailleur de fonds unique, que j'applaudis, et dans votre tentative d'étudier des mécanismes capables d'assurer le bon fonctionnement du système, on retrouve des éléments qui me plaisent et d'autres qui, sous l'angle de la solidarité, de l'équité, de la compassion et de l'efficience, m'obligent à m'arrêter pour réfléchir.

Le président: Nous allons maintenant entendre M. Lozon, président-directeur général de l'hôpital St. Michael's de Toronto et ancien sous-ministre de la Santé de la province de l'Ontario.

M. Jeffrey Lozon, président-directeur général, hôpital St. Michael's: Je vous remercie de l'occasion qui m'est donnée d'être parmi vous ce matin. J'attends impatiemment nos discussions et en particulier les échanges entre les membres du comité et les autres témoins. Je m'attends à ce qu'il y ait certaines divergences d'opinion de ce côté-ci de la table, comme il y en a probablement du vôtre, mais je tiens néanmoins à vous remercier de me donner la possibilité de participer.

Deuxièmement, je me permets de vous féliciter. Lorsque j'ai comparu devant votre comité à Toronto, je vous ai félicité pour le travail accompli jusque-là, et je tiens à le faire de nouveau dans le contexte du volume 5. Comme je l'ai indiqué auparavant, on devrait en faire une lecture obligatoire pour tous les étudiants en administration de la santé. On y trouve un contexte historique valable, une bonne présentation du contexte international, une description claire et certaines recommandations prégnantes pour l'avenir. Vous êtes sur la bonne voie.

Mes propos liminaires comportent deux axes. Le premier a trait à la portée et à l'opportunité, et le deuxième, au contenu.

L'une des difficultés que soulève l'analyse de la réforme des soins de santé a trait à la portée. Jusqu'où devrions-nous aller dans nos suggestions ou dans nos recommandations de changement? Si on aborde la question trop haut, on se contente de platitudes superficielles qui font consensus, ce qui signifie qu'elles ne donnent aucune orientation. Si on entre dans les détails et qu'on va en profondeur au point où les intéressés les dissèquent pour établir ce qui cadre ici et ce qui ne cadre pas là, la mise en application devient impossible. Dans les recommandations précises qu'il formulera dans le rapport n° 6, le comité devra jauger avec soin la profondeur de ses suggestions. Vous ne devez pas vous contenter d'un déballage de platitudes, mais, en même temps, vous ne devrez pas entrer dans les détails au point où seules les personnes comme nous, qui avons passé notre vie dans le système, pourront les comprendre.

The second question of scope that I would caution the committee on is the breadth in your report. In volume 5, I saw proposed changes to the fee-for-service structure, an in-depth look at research, how funding is to be changed, concerns about health human resources, how is the health care system of the future to be organized in the right way, and how to make the necessary and important investments in information technology. I would encourage you to priorize what you have to do in your next report. The breadth that you have covered is, as I said, a good model for students of health administration. It is not necessarily the right model for governments that have to implement this and need to know where they should go, and where they should go first.

The second thing is, the next time you want to release a report, you should set a date and then change it 48 hours before, because every time you have a date, something untoward happens and no one pays any attention.

The Chairman: We should explain to our viewers that the options paper put out by the committee was due to be released on September 12, and the paper that we released on April 18 occurred three days after the unfortunate bombing of Canadian troops in Afghanistan.

Mr. Lozon: My second set of comments concerns the content of your report. These are high level, and I expect they will be fleshed out in the discussions. I refer specifically to principles 1 and 2, which talk about stability. As I indicated in my previous meeting with the committee, I am a strong proponent of an arm's-length agency in the provinces to deal with the issue of health care.

I know that this requires a leap of faith by provincial politicians, who are on the firing lines day in and day out; it requires a leap of faith by departments of finance, which worry about the money going outside their control — it requires a leap of faith on the part of many people. However, it is not something that has not been tried before because that is where our system started, particularly as it related to hospital and medical care. If people could have foreseen the situation in 2002 when they decided to make it a core function of the department, they might have rethought it.

I envisage a board of directors, appointed for five years, renewable for one year, with the responsibility for organizing and delivering the health services within the province. It would be supported by an expert staff, paid commensurate with their responsibilities. They would receive a multi-year funding commitment from the legislature. That multi-year funding commitment would go up or down on the basis of provincial revenue or a more complex formula — I will leave that to the mathematicians and statisticians.

La deuxième mise en garde que j'aimerais faire au comité a trait à l'étendue de votre rapport. Dans le volume 5, j'ai constaté que vous proposiez des modifications de la structure de la rémunération à l'acte, un examen approfondi de la recherche et une étude des modifications à apporter au financement en plus d'exprimer des préoccupations au sujet des ressources humaines en santé, sans oublier la façon dont le système de soins de santé de l'avenir devrait être organisé comme il se doit et les investissements importants et nécessaires dans la technologie de l'information. Je vous invite à établir un ordre de priorité pour votre prochain rapport. L'étendue des questions que vous avez abordées constitue, je l'ai dit, un modèle valable pour les étudiants d'administration de la santé. Il n'est pas nécessairement celui qui convient le mieux aux gouvernements qui doivent mettre les recommandations en application et qui doivent savoir dans quelle direction s'engager et ce qu'il convient de faire en premier.

La deuxième chose, c'est que, la prochaine fois que vous publierez un rapport, vous devriez fixer une date puis la changer 48 heures auparavant parce que, chaque fois que vous fixez une date, quelque chose de malheureux arrive et personne ne fait attention.

Le président: Je me permets d'expliquer à l'intention de ceux qui nous regardent que le document sur les options préparé par le comité devrait être rendu public le 12 septembre et que nous en avons publié un autre le 18 avril, soit trois jours après le bombardement malheureux de soldats canadiens en Afghanistan.

M. Lozon: Ma deuxième série de commentaires porte sur le contenu de votre rapport. Il s'agit de commentaires de haut niveau, et je m'attends à ce qu'on y revienne en détail dans les discussions. Je fais nommément référence aux principes 1 et 2, qui ont trait à la stabilité. Comme je l'ai indiqué à l'occasion de ma comparution précédente devant le comité, je suis un ardent partisan de l'établissement, dans les provinces, d'un organisme chargé des questions relatives aux soins de santé.

Je sais que cela exige un acte de foi de la part des politiciens provinciaux, qui sont sur la ligne de front jour après jour, de la part des ministères des Finances, qui s'inquiètent de voir des fonds échapper à leur contrôle et de la part d'un grand nombre de personnes. Cependant, il s'agit d'une idée dont on n'a pas encore fait l'essai parce que c'est de là que notre système est parti, surtout dans le contexte des soins hospitaliers et médicaux. S'ils avaient pu entrevoir la situation en vigueur en 2002, les décideurs qui ont choisi de faire de ces questions une fonction de base du ministère y auraient peut-être réfléchi à deux fois.

J'entrevois un conseil d'administration, dont les membres seraient nommés pour cinq ans, avec possibilité de renouvellement pour un an, ayant la responsabilité d'organiser et de fournir des services de santé dans la province. Le conseil bénéficierait de l'appui d'un personnel spécialisé, dont les membres seraient rémunérés en fonction de leurs responsabilités. L'assemblée législative s'engagerait à financer le conseil pendant plusieurs années. L'importance de cet engagement fluctuerait selon les recettes de la province ou une formule plus complexe — je laisse cette question aux bons soins des mathématiciens et des statisticiens.

Ministries of Health and Ministers of Health would not be sidelined in this particular activity. They would have responsibility for developing parameters for care guarantees. They would have important roles in continuing to look at health human resources and at how technology is introduced into the province. However, they would be out of the firing line, as best they can be, in terms of the day-to-day operation of the system.

Implementing reform of hospital funding and fee-for-service changes in a cogent, clear and timely fashion would be highly problematic the way the present system is set up. With respect to the previous panellist's comments, I think many of the inefficiencies in the health care system reside in the provincial ministries of health — not in how the ministries themselves operate, but in how they operate vis-à-vis the health care system.

The second principle I want to speak to relates to principles 5 and 14, one concerning technology and the other concerning health human resources. It also relates to the chapter on health care research in volume 5. These three areas are intensely intertwined with the future of academic health sciences centres in this country. Academic health sciences centres are where new technologies are most often introduced, where the bulk of health research funding is expended and where health human resources challenges are on the ground.

The committee might want to spend some time thinking about a national approach to the building and development of academic health sciences centres across this country. In that way, you can move closer to self-sufficiency in health human resources planning; you can have a more formalized locus for where technology is introduced; and it is consistent with the broad innovation agenda promoted by the federal government.

My last comment is with respect to principle 15, the electronic health record. As many of you know, I am the vice-chair of the Canada Health Infoway. I am not speaking on behalf of them, but I do know that the significant provisions that have been made already for Canada Health Infoway are only a first step in the creation of a pan-Canadian electronic health record.

Most experts estimate that the cost will be \$4 billion to \$6 billion. Presently, Canada Health Infoway has funding from the federal government of \$500 million. It will take some time to do this. Notwithstanding the Auditor General's comments, I personally think the model is a good one. It provides for some nimbleness; it takes it away from the twisted world of federal-provincial relations, but it does not divorce it from the realities of the roles of the federal and provincial governments. Over time, it will allow us to put in place patient and provider registries and pharmacy and laboratory systems that we think are at the heart of the electronic health record.

Dans ce contexte, les ministres et les ministères de la Santé ne seraient pas laissés sur les lignes de touche. Ils auraient la responsabilité de définir des paramètres pour les soins garantis. Ils joueraient un rôle important en continuant d'étudier les ressources humaines en santé et l'introduction des technologies dans la province. Cependant, ils ne seraient plus sur la ligne de front, comme ils le sont aujourd'hui.

Compte tenu de la façon dont le système actuel est organisé, il serait très difficile de réformer le financement du réseau hospitalier et de modifier la rémunération à l'acte de façon cohérente, claire et opportune. Avec tout le respect que je dois aux témoins qui m'ont précédé, je pense que bon nombre des ministères provinciaux de la Santé sont responsables des pratiques non efficientes qui grèvent le système de soins de santé — je parle non pas du fonctionnement des ministères euxmêmes, mais bien plutôt de la façon dont ils fonctionnent en relation avec le système de soins de santé.

Le deuxième principe que je tiens à évoquer se rapporte aux principes 5 et 14, dont l'un a trait aux technologies et l'autre, aux ressources humaines en santé. Il existe également un lien avec le chapitre consacré à la recherche dans le domaine de la santé du volume 5. Ces trois secteurs sont intimement liés à l'avenir des centres universitaires des sciences de la santé du pays. Le plus souvent, c'est dans ces centres que les nouvelles technologies sont d'abord introduites; c'est aussi là que le gros des fonds pour la recherche dans le domaine de la santé sont alloués et que les défis liés aux ressources humaines en santé se posent concrètement.

Le comité voudra peut-être étudier la possibilité d'adopter une approche nationale de l'établissement et de l'expansion des centres universitaires des sciences de la santé au pays. Ainsi, on se rapprochera davantage de l'autosuffisance relative à la planification des ressources humaines en santé; on disposera également d'un centre plus officiel pour l'introduction des technologies. Enfin, une telle démarche est conforme au vaste programme d'innovation dont le gouvernement fédéral fait la promotion.

Mes derniers commentaires ont trait au principe 15, qui porte sur le dossier de santé électronique. Comme bon nombre d'entre vous le savez, je suis le vice-président de l'Infostructure canadienne de la santé. Je ne parle pas au nom de l'organisation, mais je sais que les importantes dispositions déjà prises pour l'Infostructure canadienne de la santé ne sont qu'une première étape en vue de la création d'un dossier médical électronique pancanadien.

La plupart des spécialistes estiment que les coûts s'élèveront de quatre à six milliards de dollars. À l'heure actuelle, l'Infostructure canadienne de la santé reçoit 500 millions de dollars de la part du gouvernement fédéral. Nous mettrons un certain temps à parvenir à nos fins. En dépit des commentaires du Vérificateur général, je suis personnellement convaincu de la validité du modèle. Le projet suppose une certaine agilité. Du même souffle, on soustrait cette question au monde «tordu» des relations fédérales-provinciales, sans aller à l'encontre de la réalité des rôles des gouvernements fédéral et provinciaux. Au fil du temps, nous serons en mesure d'établir des registres de patients et de

I thank you for the privilege of addressing you this morning. I am looking forward to our discussions.

The Chairman: Our final speaker is Mr. Forget. He is both a former deputy minister and a former Minister of Health in the Province of Quebec. Some two years ago, he co-authored an outstanding book on options for health care reform in the Canadian context entitled, Who is the Master?

Mr. Claude Forget, Former Minister of Health, Province of Quebec: Thank you for your invitation to join in today's discussion. I join with the panellist who preceded me in congratulating you on a fine set of observations and recommendations. Your obvious care in looking into the facts of life of our health care system as well as the experience of other countries is a breath of fresh air. I heartily concur with many of the recommendations that you make.

In my brief remarks this morning, I would like to address, at least in my understanding, of where you are at in terms of the best way to approach implementation of this set of recommendations. I am drawn in particular to the collective title of all those reports, "The Health of Canadians — The Federal Role," as an inspiration for at least the first two of my remarks.

Through your examination of the forces underlying the growth of health care costs in this country, you certainly lead one to the impression that the current system is not sustainable with its present level of funding and that something will have to be done. The present cash contribution by the federal government to the maintenance of the system is very substantial. However, at roughly 16 per cent of gross outlays by the provinces, it is not sufficient to give the federal government a role in transforming the system, beyond simply maintaining it.

There is a need to come to terms with the gap between the implicit promises of the system and the reality. This certainly requires, among other things, an increased commitment for an extended period of time. Very substantial additional sums of money will be needed to effect a transformation. I believe that most of this extra funding should come from the federal government in one way or another.

There is a stark choice for the federal government. It is between having an increased role in transforming the system, or maintaining its current, relatively modest, financial participation while looking at the interest, motivation and the political feasibility of maintaining that level over the long run. Should the federal government's choice be to increase its contribution, I believe that is the first prerequisite for addressing your recommendations with any hope of implementing them.

My second point is that increased funding by itself would not be a solution, which you and others easily recognize. For those who live the day-to-day reality of the health care system, there is a fournisseurs de même que les réseaux de pharmacies et de laboratoires qui, selon nous, sont au cœur du dossier médical électronique.

Vous parler a été un privilège, et je vous en remercie. J'attends nos échanges avec impatience.

Le président: Notre dernier témoin est M. Forget. Il a été sousministre et ministre de la Santé au Québec. Il y a environ deux ans, il a cosigné un ouvrage remarquable sur les possibilités de réforme des soins de santé au Canada intitulé: *Qui est maître à bord?*

M. Claude Forget, ex-ministre de la Santé, province de Québec: Merci de m'avoir invité à la discussion d'aujourd'hui. Je me joins au conférencier qui m'a précédé pour vous féliciter de vos excellentes observations et recommandations. Que vous ayez pris le temps d'examiner les faits concrets se rapportant à notre système de soins de santé tout autant que l'expérience d'autres pays représente une véritable bouffée d'air frais. Je suis tout à fait d'accord avec bon nombre de vos recommandations.

Dans mes brefs propos de ce matin, j'aimerais m'intéresser à la vision que vous avez selon ce que j'en comprends tout au moins, de la meilleure façon d'aborder la mise en œuvre de cet ensemble de recommandations. Mes deux premières remarques tout au moins s'inspirent du titre collectif de l'ensemble de vos rapports, «La santé des Canadiens — Le rôle du gouvernement fédéral».

À lire l'analyse que vous faites des forces qui sous-tendent la croissance des coûts des soins de santé au pays, on en vient forcément à la conclusion que le système actuel n'est pas viable à son niveau de financement présent et que des solutions devront être apportées. Les sommes que le gouvernement verse actuellement pour le maintien du système sont très substantielles. Cependant, cette contribution, qui se chiffre à environ 16 p. 100 des dépenses brutes effectuées par les provinces, ne suffit pas pour donner au gouvernement fédéral la possibilité d'aller au-delà du simple maintien du système pour entreprendre de le transformer.

On doit prendre conscience de l'écart entre les promesses implicites du système et la réalité. On devra notamment contracter des engagements plus importants pour une période prolongée. On ne parviendra à transformer les choses qu'au prix d'investissements additionnels très considérables. À mon avis, l'essentiel de ces fonds additionnels devrait provenir du gouvernement fédéral, d'une façon ou d'une autre.

Le gouvernement fédéral fait face à une alternative difficile: jouer un rôle accru dans la transformation du système ou reconduire sa participation financière actuelle, qui est relativement modeste, sans perdre de vue l'intérêt, la motivation et la faisabilité politique se rapportant au maintien à long terme d'un tel niveau de participation. À mon avis, ce n'est que si le gouvernement fédéral choisit de hausser sa contribution qu'on pourra aborder vos recommandations dans l'intention de les mettre en œuvre. C'est la première condition.

Deuxièmement, je tiens à dire que le seul fait de hausser le financement ne constitue pas une solution, ce avec quoi d'autres et vous serez certainement d'accord. Pour ceux qui vivent au

large political risk because of a lack of confidence that government promises of increased funding will be honoured, in any other way than in the breach, if push comes to shove from the economic perspective or if government priorities change. This has happened in the past and it has hurt the credibility of any attempt at reform and of the underlying health care system itself.

To strike a constructive note, I can envision Ottawa inviting the provinces to join it in the commitment of financial resources for the health care system, for example, by allocating the proceeds of earmarked taxes to an agency along the lines of that which Mr. Lozon was describing — an arm's-length agency for each province to which the federal and provincial governments would commit funds on a long-term, predictable basis, and in a way that would be transparent and accountable. We would know which funds are being funnelled where, and such an agency would, of course, be accountable for its use of those resources.

Transparency would be enhanced, and certainly we would have a basis for a legally enforceable claim if an arm's-length agency were the recipient of such a grant. We could envisage a legally binding contractual arrangement that would provide security consistent with planning for development and transformation, with some assurance that the rug will not be pulled from under the feet of those who are trying to change the system, or even maintain it.

Under such a system, Canadians would clearly know why they are paying more taxes than Americans. In a world of labour mobility across borders and free trade agreements, Canadians have become increasingly critical of and dubious about the weight of taxation. We all know that some of that weight is the direct result of our commitment to maintain a public health care system. However, that is an abstract notion. Most people cannot relate that abstract concept to the cheque they just wrote a few days ago at the end of April, which they feel is too much. Canadians believe that the government can do better with the huge amount of money that taxpayers are handing over each year.

The third point is that adding money, even secure sources of money, will probably not be enough to dispel the growing sense of failure of the system. Polls indicate Canadians believe that the system is no longer delivering on its promises.

Increasing resources over time may help to resolve some of the problems. The gap is created by the health system's implicit rate of growth, which some have estimated at 4 per cent per annum, and an average economic growth rate of 2 per cent. This gap can be bridged for a time by increasing public commitment, which I suggest we should do, but only for a time. Therefore, there is a need to tone down the health care rhetoric. There has been tremendous carelessness, in a moment of political euphoria, in describing the system as able to do everything for everyone, to the

quotidien la réalité du système de soins de santé, il existe un risque politique important du fait qu'on doute que le gouvernement honorera sa promesse d'accroître le financement, sinon en en faisant le moins possible, surtout dans la perspective d'une détérioration de la situation économique ou de la transformation de l'ordre de priorité gouvernemental. Cela s'est déjà vu par le passé, ce qui a nui à la crédibilité des tentatives de réforme et du système de soins de santé lui-même.

Sur une note plus constructive, je conçois qu'Ottawa invite les provinces à s'engager elles aussi à fournir des ressources pour le système de soins de santé, par exemple en permettant que le produit d'impôts réservés soit versé à un organisme correspondant peu ou prou à celui que M. Lozon a décrit — un organisme autonome pour chacune des provinces auquel les gouvernements fédéral et provincial verseraient des fonds prévisibles à long terme, qui serait transparent et rendrait des comptes. Ainsi, nous saurions quels fonds sont affectés à tel ou tel poste. Bien entendu, l'organisme en question serait tenu de rendre compte de l'utilisation des ressources.

Une telle mesure favoriserait la transparence. Si un organisme autonome touchait une telle subvention, nous pourrions imposer des exigences ayant force exécutoire. En effet, on peut imaginer une forme de contrat ayant force exécutoire qui fournirait des garanties relatives à la planification de la mise en œuvre et de la transformation, sans compter que les responsables de la modification du système, ou même de son maintien, ne risqueraient pas de se faire couper l'herbe sous le pied.

En vertu d'un tel système, les Canadiens sauraient de façon certaine pourquoi ils paient davantage d'impôts que les Américains. Dans un monde de libre-échange et de mobilité de la main-d'œuvre qui transcende les frontières, les Canadiens se montrent de plus en plus critiques et dubitatifs à l'endroit du poids de l'imposition. Nous savons tous que ce poids est le résultat direct de l'engagement que nous avons pris de maintenir un système de soins de santé public. Cependant, il s'agit d'une notion abstraite. La plupart des gens n'arrivent pas à établir un lien entre cette notion abstraite et le chèque qu'ils ont libellé il y a quelques jours à peine, à la fin d'avril, et dont le montant leur paraît trop élevé. Les Canadiens croient que le gouvernement peut faire mieux avec les sommes colossales que les contribuables versent chaque année.

Le troisième point, c'est que l'injection de fonds additionnels, même garantis, ne suffira probablement pas à dissiper l'impression grandissante que le système ne fonctionne pas. Les sondages indiquent que les Canadiens sont d'avis que le système ne respecte pas ses promesses.

Au fil du temps, l'accroissement des ressources contribuera peut-être à régler certains problèmes. L'écart s'explique par le taux de croissance implicite du système de soins de santé, que certains évaluent à 4 p. 100 par année, et un taux de croissance économique moyen de 2 p. 100. On pourra combler cet écart pendant un certain temps en haussant les investissements publics, comme je le propose, mais pendant un certain temps seulement. En ce qui concerne la rhétorique entourant le système de soins de santé, on doit donc mettre la pédale douce. Dans un moment

ultimate degree of perfection and availability. Even the current talk, which is not unjustified, of drug coverage and home care adds to the notion that, if only we make a final push, we can have 100 per cent coverage of everything. That is not true, as we know today, and has never been true. I submit that we have to recognize that it will never be a possibility, and perhaps it will never be desirable.

This has developed through a process of creeping health insurance coverage in this country, where we have been more concerned about supply-side driven expansion than with patient-oriented priorities. First we insured hospitals, then we insured doctors, and now we are talking about insuring drugs or providers of home care. In fact, we should look rather at insuring Canadians against health care risks.

Is that just a rhetorical point? No, it is not, because if you ask Canadians about their needs, they will recognize that they are not all equally important. They could envisage first-priority needs receiving 100 per cent coverage while lower-priority needs do not. At present, those either have 100 per cent coverage, by accident, or zero coverage. There seems to be a fanciful distinction between levels of coverage, for which there are at best only historical reasons. However, I am saying that the rhetoric has to be toned down to a realistic level by reassessing priorities. That is a painful and conceptually difficult process, and also politically dangerous. In my view, the role of the federal government is to help the provinces move jointly in this direction. I do not think any one of them can muster the courage to do it in isolation because of the political pitfalls of such a process.

The federal government, acting as the coordinator, could help the provinces to develop and harmonize an approach to the problem of redefining priorities. There is an urgent need for this — not that it would upset everything. I suppose the resulting pattern would match, in many ways, the existing system, but the rationale would be different and there would be significant differences. Certainly it would be easier to communicate to Canadians why certain items are covered and others are not. It would not be a reference to a system built over 50 years, but rather a current and relevant distinction.

If your recommendations are to be implemented, it is important to create an environment whereby health services managers are allowed to manage. Governments have helped to create a widespread notion, not entirely untrue, that the health system is not as well managed as it should be. It is a convenient

d'euphorie politique, on a fait preuve d'une insouciance extraordinaire en laissant entendre que le système était en mesure de tout faire pour tous, jusqu'à un degré ultime de perfection et de disponibilité. Les discussions actuelles sur l'assurance-médicaments et les soins à domicile, si elles ne sont pas injustifiées, confirment que, au prix d'un effort ultime, nous pourrions tout assurer à 100 p. 100. Ce n'est pas vrai, comme nous le savons aujourd'hui, et ça ne l'a jamais été. À mon avis, on devrait admettre que c'est impossible et que ce ne sera peut-être jamais souhaitable.

Le phénomène s'explique par l'augmentation insidieuse des services de santé assurés au pays, où on s'est davantage préoccupé de l'augmentation de l'offre que des priorités axées sur les patients. D'abord, nous avons assuré les hôpitaux, puis les médecins, et nous envisageons maintenant d'assurer les médicaments ou les fournisseurs de soins à domicile. En fait, nous devrions plutôt chercher à assurer les Canadiens contre les risques liés à la santé.

De la rhétorique, tout ça? Non, parce que, si vous les interrogez sur leurs besoins, les Canadiens vous diront qu'ils ne sont pas tous aussi importants. Ils admettraient peut-être que les besoins prioritaires soient assurés à 100 p. 100, tandis que ceux qui sont moins prioritaires bénéficieraient d'un niveau de protection réduit. À l'heure actuelle, les besoins moins prioritaires bénéficient d'une protection à 100 p. 100, presque de façon accidentelle ou ils ne sont pas assurés du tout. On semble établir une distinction fantaisiste entre les niveaux de protection, laquelle s'explique au mieux par des raisons purement historiques. Cependant, je suis d'avis qu'on doit ramener la rhétorique à un niveau plus réaliste en réévaluant les priorités. Il s'agit d'un processus douloureux et difficile sur le plan conceptuel, sans compter qu'il est politiquement dangereux. À mon avis, le gouvernement fédéral a pour rôle d'aider les provinces à s'avancer conjointement dans cette voie. Je ne crois pas qu'aucune d'entre elles pourra avoir le courage d'agir seule dans ce sens en raison des écueils politiques inhérents à une telle démarche.

Le gouvernement fédéral pourrait, à titre de coordonnateur, aider les provinces à élaborer et à harmoniser une approche du problème que représente la redéfinition de l'ordre de priorité. Il y a là urgence — même si tout ne se retrouverait pas sens dessus dessous. Je suppose que le modèle résultant d'une telle démarche correspondrait, à maints égards, au système actuel, mais la justification serait différente, et il y aurait des écarts considérables. De toute évidence, il serait plus facile d'expliquer aux Canadiens pourquoi certains services sont assurés, d'autres non. On ferait référence non plus à un système échafaudé sur une période de 50 ans, mais bien plutôt à une distinction à jour et pertinente.

Pour qu'on donne suite à vos recommandations, il importe de créer un climat dans lequel les gestionnaires des services de santé sont habilités à gérer. Les gouvernements ont contribué à répandre l'idée, pas tout à fait sans fondement, selon laquelle le système de santé n'est pas aussi bien administré qu'il le devrait. Il

excuse to restrain financing. It is sad, because the same government that said the health system is not well managed has not done much to improve it.

We have a health system that is unique in our economy. It is a mixture of a quasi-medieval guild system and a socialist command and control approach. I do not think you could find another example that mixes two systems so alien to good management. However, they coexist in the health system. As a result, health managers have almost no say over the crucial factors, which most managers anywhere else in the world and in other industries need to be effective. In most provinces, they have no say in the working conditions of the people with whom they work. They have nothing to say on the way capital equipment is made available or facilities are improved, because governments, right from the outset, have denied them the use of depreciation reserves, and they are judged on their use of inputs, as opposed to on the basis of what they produce. Therefore they have little incentive to be cost effective or cost conscious, and little incentive to buy the IT systems that would help answer those questions. Even if they knew the answers, it would do them precious little good in most cases, as this is not an argument that would improve the funding of their institutions.

Various recommendations you make in your report are pertinent to that. They certainly will help, but only if they are not another example of a top-down management command and control system. All our provinces have gone through several reforms that have, in most cases, changed nothing and are typical of the bureaucratic command and control reforms of the former countries of the Soviet bloc. They had reforms every five years and their economies went nowhere.

This is not the way to implement change. Let us make sure that in all the good intentions that are presently being debated, whether it is coverage of drugs or home care, both of which are quite desirable in themselves, we do not build additional silos. The management of health programs should be seamless. There should not be a question of disparity in coverage for the various resources that are complementary in delivering health services.

Bear in mind that one of the arguments in support of our health care system is the presence of a single funder, but we seem in practice to deny the raison d'être of the single funder because we put everything in separate boxes, watertight compartments that prevent good administration. Good management is a question of tradeoffs. Most of the time, you have to be able to choose A versus B, but if these are isolated through separate administrative structures and financial envelopes, it makes it very

s'agit d'un prétexte commode pour justifier la compression du financement. C'est malheureux, parce que le gouvernement qui affirme que le système de santé n'est pas bien administré n'a rien fait pour corriger la situation.

Notre pays bénéficie d'un système de soins de santé unique au monde. On a affaire à un système de guilde d'origine pratiquement médiévale conjugué à une approche de commandement et de contrôle de type socialiste. À mon avis, vous ne trouverez nulle part ailleurs un autre exemple réunissant deux systèmes se prêtant si peu à de bonnes pratiques de gestion. Cependant, ils coexistent au sein du système de santé. Ainsi, les gestionnaires de la santé n'ont pratiquement rien à dire sur des facteurs cruciaux, possibilité dont doivent bénéficier la plupart des gestionnaires d'ailleurs dans le monde et d'autres industries pour être efficaces. Dans la plupart des provinces, ils n'ont rient à dire sur les conditions de travail des personnes avec qui ils travaillent. Ils n'ont rien à dire sur les modalités d'affectation des biens d'équipement ni sur l'amélioration des installations parce que les gouvernements, d'entrée de jeu, leur ont interdit de recourir à l'amortissement cumulé. On les juge sur leur utilisation des intrants et non sur ce qu'ils produisent. Par conséquent, ils n'ont pas vraiment intérêt à prôner la responsabilité financière ou l'efficience ni à faire l'acquisition de systèmes de TI qui contribueraient à répondre à ces questions. Même s'ils connaissaient la réponse, ça ne changerait absolument rien dans la plupart des cas, et ce n'est pas un argument qui milite en faveur de la hausse du financement de leurs établissements.

Dans ce contexte, diverses recommandations contenues dans votre rapport sont pertinentes. Elles seraient à coup sûr utiles à condition qu'elles ne débouchent pas une fois de plus sur un système de gestion descendante axé sur le commandement et le contrôle. Dans toutes les provinces, on a effectué quelques réformes qui, dans la plupart des cas, n'ont strictement rien changé. Ces réformes sont caractéristiques à des réformes bureaucratiques axées sur le commandement et le contrôle qui ont été effectuées dans les anciens pays du bloc soviétique. Ces pays procédaient à des réformes tous les cinq ans, et leurs économies n'allaient nulle part.

Ce n'est pas la façon d'effectuer des changements. Assuronsnous que, dans le contexte du déballage de bonnes intentions dont il est aujourd'hui question, qu'il s'agisse de l'assurancemédicaments ou de l'assurance des soins à domicile, objectifs qui en soi apparaissent souhaitables, nous n'érigions de nouveaux silos. La gestion des programmes de santé devrait être intégrée. Relativement aux diverses ressources qui se complètent dans la prestation des services de santé, il ne devrait pas y avoir de disparité touchant la protection.

N'oubliez pas que l'un des arguments à l'appui de notre système de soins de santé actuel est l'existence d'un bailleur de fonds unique. En pratique, cependant, nous allons à l'encontre de la raison d'être du bailleur de fonds unique parce que nous rangeons tout dans les boîtes distinctes, des compartiments étanches qui empêchent la bonne administration. Dans la bonne gestion, tout est affaire de compromis. La plupart du temps, on doit être en mesure de privilégier A par rapport à B, mais, si A et

difficult, if not impossible, to do so.

In implementing recommendations, let us try not to build other boxes and other silos, because we have an abundance of them at the present.

The Chairman: We will now open the meeting to questions, comments and an interchange of dialogue between our panellists and members of the committee. I suggest that, since we are going to be here for most of the day, we group our discussion around particular themes.

For the next hour, we could focus on picking up the themes some of you raised, specifically with respect to patients. Let me just put a couple of issues on the table.

Mr. Davis suggested we ought to look at tax incentives on the wellness side to encourage people to do a better job of taking care of themselves. Mr. Forget raised the issue of limits on how much one can cover, even if one thinks for the moment of only the hospital and doctor system. The other side of the coin is, a number of organizations have commented that while our report talked about incentives for doctors, governments and institution administrators to change behaviour, we did not mention incentives for patients to change behaviour or use the system responsibly. That was because we could not think of any practical way to do that, but it could be useful if anyone has thoughts on that front.

Let us focus for the next hour on the patient-oriented issues and leave the organizational issues, and perhaps even funding issues, until later.

Senator LeBreton: Thank you very much for the excellent input this morning. That changed the focus of my questions.

Mr. Scott, you talked about incentives in the system and how there will have to be a lot of political courage. Mr. Forget talked about toning down the rhetoric in health care reform.

If we were starting with a clean page in trying to educate the public, so we could avoid this excessive rhetoric, how would you engage the public in this debate and get them focused as patients on the complexity and scope of this problem? What would you suggest we do in order to ensure that people are properly informed, that they are getting all the facts without getting caught up in the existing rhetoric?

Mr. Scott: I am glad you started with such a simple question. I have struggled with that, and I do not think there is a particularly easy answer.

B sont isolés dans des structures administratives et des enveloppes financières distinctes, il sera très difficile, voire impossible, de le faire.

Au moment de donner suite à vos recommandations, assuronsnous de ne pas créer de nouvelles boîtes et de nouveaux silos: il y en a déjà assez.

Le président: Nous allons maintenant passer à des questions, à des commentaires et à un échange de vues entre nos témoins et les membres du comité. Puisque nous allons être ensemble pendant le plus clair de la journée, je propose que nous axions nos interventions sur des thèmes particuliers.

Pendant la prochaine heure, nous pourrions mettre l'accent sur certains des thèmes que vous avez fait ressortir, particulièrement en ce qui touche les patients. Permettez-moi simplement de présenter deux ou trois pistes.

M. Davis a laissé entendre que nous devrions, relativement à la notion de bien-être, envisager le recours à des incitatifs fiscaux pour encourager les citoyens à mieux s'occuper d'eux-mêmes. M. Forget a souligné qu'il y avait une limite à ce qu'on peut assurer, même si, pour le moment, on s'en tient au réseau hospitalier et aux médecins. L'autre coté de la médaille, c'est qu'un certain nombre d'organismes ont relevé que notre rapport, où il est question d'incitatifs invitant les médecins, les gouvernements et les administrateurs d'établissements à modifier leur comportement, ne prévoit pas d'incitatifs ayant pour but d'amener les patients à changer de comportement ou à utiliser le système de façon responsable. S'il en est ainsi, c'est parce que nous n'avons pas trouvé de moyens pratiques de le faire, mais des réflexions à ce propos nous seraient utiles.

Au cours de la prochaine heure, concentrons-nous sur les questions touchant les patients, et laissons pour plus tard les enjeux organisationnels et peut-être aussi les enjeux financiers.

Le sénateur LeBreton: Je vous remercie de votre excellente participation de ce matin. Elle a eu pour effet de modifier un peu l'orientation de mes questions.

Monsieur Scott, vous avez fait allusion à des incitatifs dans le système et au courage politique considérable dont il faudra faire preuve. M. Forget a pour sa part affirmé qu'il allait falloir atténuer quelque peu la rhétorique qui entoure la réforme des soins de santé.

Si nous pouvions tout reprendre depuis le début pour faire l'éducation du public, de manière à éviter la rhétorique excessive dont nous sommes témoins, comment associeriez-vous les citoyens au débat et leur feriez-vous comprendre, en tant que patients la complicité et l'ampleur du problème? Que nous recommanderiez-vous de faire pour obtenir que les citoyens soient adéquatement informés et qu'ils aient en mains l'ensemble des données du problème, sans se laisser prendre au piège de la rhétorique actuelle?

M. Scott: Je suis heureux que vous ouvriez le bal avec une question aussi simple. Je me suis moi-même posé la question, et je ne crois pas qu'il y ait de réponse facile.

In cancer care, for example, there are many very solid preventive activities in which people could engage. Getting their attention is difficult. On the other hand, there has been some considerable success with cutting smoking rates over the years. It takes something fairly spectacular to work.

The greatest problem I see — and I do not have the answer because I do not quite know how to get the public's attention — is dealing with the love affair between patients and their local hospitals, even though on issues such as critical mass their local hospital may be as much a threat to their health as an advantage. In attempting to talk about hospital rationalization or coordination of services, it does not seem to matter whether it is a sophisticated health science centre that has problems or a small rural hospital. How to get the message across that better health does not equate simply to bricks and mortar is a huge question.

As we look at the complexity of health care, where even large health science centres should arguably not be in some of the highly sophisticated businesses they are, it is a very difficult issue with which to come to grips. It is not aided by the fact that most hospital administrators, or politicians, as the case may be, do not want to get into the issue, as they see it as such a large mountain to climb. I am sorry that I do not have a nice, clean answer to that. I wish I did. It is just the kind of thing you have to keep pounding away at.

Dr. Kenny: Senator, I concluded with the issue of public education and anticipation. It is our issue. It is a citizens' issue. It is the primary question. How do we get Canadians to better understand what actually works and does not work in health care, and what "works" means when we are talking about interventions?

I would say that it is not unrelated. That is why the emphasis you have put on outcomes in your report is so important. I am not sure how the electronic health record is a fiscal tool, but as an educational tool, as a record of use of the system and an opportunity to analyze outcomes, it becomes an important part of the absolute requirement for information.

I would like to say two things. First, the challenge is how to educate people about the evidence of benefit from human health science and technology in a world where, whether we prohibit it or not, everyone receives direct-to-consumer advertising every night. You can see the skating grandmother with her new arthritis medication or the dancing Viagra man.

This issue is extraordinarily important because it means that, in the information age, we have a new kind of patient, one who comes for health care having surfed the Web. After 25 years in pediatric practice, you have parents coming in with reams of things from the Web. The quality is so variable. The opportunity to manipulate them with the "one-only person in Houston who

Dans le domaine du traitement du cancer, par exemple, il existe de nombreuses mesures de prévention qui ont fait leurs preuves que les citoyens peuvent prendre. Il est difficile d'avoir leur attention. Au fil des ans, par ailleurs, on est parvenu à réduire sensiblement les taux de tabagisme. Il faut, pour obtenir des résultats, prendre des moyens relativement spectaculaires.

Le principal problème que j'entrevois — je n'ai pas la réponse, faute de savoir comment m'y prendre pour attirer l'attention du public — concerne l'histoire d'amour qui lie les patients à leurs hôpitaux locaux, même si, dans des dossiers comme la masse critique, leur hôpital local représente peut-être pour leur santé un danger tout autant qu'un avantage. Lorsqu'on aborde la question de la rationalisation des hôpitaux ou de la coordination des services, peu importe, apparemment, qu'on ait affaire à un centre des sciences de la santé de pointe en proie à des problèmes ou à un petit hôpital rural. Faire comprendre que des briques et du mortier ne se traduisent pas nécessairement par une meilleure santé représente un défi colossal.

Compte tenu de la complexité des soins de santé, où il est permis de penser que les grands centres des sciences de la santé ne devraient pas nécessairement proposer certains des services de pointe qu'ils offrent aujourd'hui, c'est un problème qui est très difficile à saisir. Le fait que la plupart des administrateurs d'hôpitaux ou les politiciens, selon le cas, ne souhaitent pas s'y attaquer, parce qu'il s'agit d'un défi si difficile à surmonter, n'aide pas non plus. Je suis navré de ne pas avoir une réponse toute faite et toute propre à vous proposer. Je voudrais bien qu'il en soit ainsi. C'est le genre de problème auquel nous devons continuer de réfléchir.

La Dre Kenny: Sénateur, j'ai conclu mon témoignage sur la question de l'éducation du public et de l'anticipation. Tel est notre problème. Il s'agit d'un problème pour les citoyens. C'est la question centrale. Comment faire en sorte que les Canadiens comprennent ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas dans le domaine des soins de santé, et ce que «fonctionner» signifie dans le contexte d'interventions?

À mon avis, un rapport existe. C'est pourquoi l'accent mis sur les résultats dans votre rapport est si important. Je ne sais pas si le dossier de santé électronique constitue un outil budgétaire valable, mais, en tant qu'outil d'éducation, en tant que registre de l'utilisation du système permettant d'analyser les résultats, il constitue un élément important du besoin absolu d'information.

J'aimerais dire deux choses. Premièrement, le défi consiste à convaincre les citoyens des avantages offerts par les sciences et les technologies de la santé humaine dans un monde où, que nous l'interdisions ou non, chacun est confronté tous les soirs à de la publicité directe. On voit la grand-mère qui patine grâce à son nouveau médicament contre l'arthrite et l'homme que le Viagra fait danser.

Il s'agit d'une question d'une importance extraordinaire puisque, à l'ère de l'information, nous avons désormais affaire à un patient qui, avant de se présenter pour recevoir les services de santé, a navigué sur Internet. Après 25 ans de pratique pédiatrique, je rencontre aujourd'hui des parents qui arrivent avec des tonnes de documents puisés dans le Web. La qualité de

could save their baby" is enormous. There is not only the range of information, and the inability to be clear about what is good and bad, but direct-to-consumer advertising is now influencing all of us.

Let us make it very clear. Advertising creates a need and then says, "I have the answer." It is not about education, and it is creating an environment in which expectation about the health care system is a problematic and complex issue. It is deeply rooted in our dependence on science and technology in the 21st century and in the way in which information reaches citizens who then do or do not become patients.

Secondly, if we are to grapple with this significant issue, how do we help individuals understand what scientific evidence is? The headlines make it look as if we advance in such a way that today there is a disaster and tomorrow there is a cure, when in fact the physicians around the table will tell you advancement is decimal point by decimal point, showing that this is better than that. However, the expectations are phenomenal.

The flip side of the challenge is, health professionals, and particularly my own colleagues in medicine, tolerate variations in practice that are in fact quite frightening. They go to the fundamental nature of the responsibility of physicians to bring the best evidence to the value choice of the patient.

I think this issue, whether it is related to outcomes in general or primary health care reform, or the issue you will address in volume 6 of specialist utilization and reimbursement, goes to the heart of incentives that move us further from the good use of evidence as compared with finding ways to better educate the public. However, both professionals and the public are grappling with badly used information, and expectations about what can be accomplished by either medications or technology for which there is no evidence.

Mr. Lozon: I have several comments. First, I agree our expectations are higher than they have ever been. I think that is actually a good thing. We can do more than we have ever been able to do in the past. We all have increasing lifespans and increasing expectations of good health, some of which are attributed to the health care system, and a lot to our personal behaviour.

Generally, Canadians are a little more attentive to their behaviour than they were before Lalonde's report, "A New Perspective on the Health of Canadians." It is a slow process.

However, I think high expectations are good. By the way, we cannot prevent them, even if we think they are bad.

ces derniers est fort variable. Les risques qu'on les manipule en leur faisant croire que la seule personne capable de sauver leur bébé se trouve à Houston sont énormes. Outre la gamme d'informations et l'incapacité de démêler le bon grain de l'ivraie, on doit désormais composer avec l'influence que la publicité directe exerce sur chacun d'entre nous.

Disons-le clairement. La publicité crée d'abord un besoin pour ensuite affirmer posséder les moyens d'y répondre. Le problème a trait non pas à l'éducation, mais bien plutôt à la création d'un contexte dans lequel les attentes vis-à-vis du système de soins de santé sont problématiques et complexes. Ils sont profondément ancrés dans notre dépendance à l'égard des sciences et de la technologie au XXIe siècle et dans la façon dont l'information parvient aux citoyens qui, ensuite, deviennent ou ne deviennent pas des patients.

Deuxièmement, on doit se demander comment aider les citoyens à comprendre ce que sont les données scientifiques. Ce n'est qu'ainsi qu'on pourra appréhender ce problème important. À lire les manchettes, on a l'impression que les problèmes catastrophiques d'aujourd'hui pourront être guéris demain, alors que les médecins présents autour de la table vous diront que le progrès s'effectue une décimale à la fois. Par tâtonnements, on montre que ceci est supérieur à cela. Les attentes, en revanche, sont phénoménales.

À l'opposé, les professionnels de la santé, en particulier mes collègues médecins, tolèrent, dans la pratique, des écarts qui sont en réalité plutôt effrayants. Ces écarts ont trait à la nature fondamentale de la responsabilité qu'ont les médecins de fournir les meilleures données possibles à l'appui des choix de leurs patients.

Je pense que cette question, qu'on l'applique aux résultats en général ou à la réforme des soins de santé primaires, ou encore à la façon dont vous aborderez dans le volume 6 la question de l'utilisation et de la rémunération des spécialistes, nous ramène aux incitatifs qui font que nous nous éloignons davantage de la bonne utilisation des données par rapport à la recherche de moyens de mieux éduquer le public. Cependant, les professionnels et les citoyens sont aux prises avec des informations mal utilisées et des attentes concernant ce qu'on pourra accomplir, que ce soit au moyen de médicaments ou de technologies non éprouvées.

M. Lozon: J'aimerais faire quelques commentaires. Premièrement, je suis d'accord pour dire que nos attentes sont plus grandes que jamais auparavant. Nous sommes en mesure de faire plus que jamais auparavant. Nous bénéficions tous d'une longévité plus grande et d'une espérance de vie en bonne santé plus longue, qui s'expliquent en partie par le système de soins de santé et beaucoup par nos comportements personnels.

En règle générale, les Canadiens accordent à leur santé un peu plus d'attention qu'avant la publication du rapport Lalonde intitulé «Nouvelle perspective de la santé des Canadiens». Il s'agit d'un lent processus.

Cependant, je pense que des attentes élevées représentent un avantage. Soit dit en passant, nous ne pourrions rien faire pour les prévenir, même si nous étions convaincus qu'elles sont néfastes.

We know a few things about patient incentives that do not work. We know that itemized statements issued by provincial ministries of health do not work. We do not know whether linking payment to service would actually help. We accept that as Canadians we will never do that, so I will move on.

Interestingly enough, ministries of finance have come to some conclusions on this one. Most recently released provincial budgets have increased taxes on cigarettes and alcohol. Presumably, they are doing one of two things: either helping us be more healthy or creating additional revenues. I will leave that to the committee to decide.

Public hearings that suggest that Canadians should get more from the health care system without understanding the costs are not helpful, which is part of the problem now.

We must accept that when we talk about "adjusting" consumer expectations, we are actually living in a world of ratcheted-up expectations that show no sign of abating. Frankly, that may be a good thing. Second, we are better educated and can do things in terms of information about health behaviours and medications that we could not in the past. That would be a very slow-change process. It will never happen as long as politicians say that we can give you everything that you need or want, and by the way, it will not cost you anything.

Mr. Forget: Very much in the same spirit, when is information useful to those for whom it is intended? First, it is only useful when they are attentive. If they do not pay attention, any amount of information you produce will have no impact.

Attention span varies from one problem to another. For instance, if we look at consumption patterns in this country, and most other Western countries, of red meat, sugar and tobacco, we see that dramatic changes have taken place over a long period of time. We do not quite understand how it happened. Certainly information was made available, and somehow it struck a chord. It would perhaps pay to study retrospectively what was so effective about the limited information available at the time compared to what is available on the Internet now. That was long before the Internet.

Patients become very attentive when they get sick, as do their families. Certainly, we have discovered that providing high-calibre information about treatment to patients and their families has been underplayed in the past, and it should play a much greater role in the future. It has a major impact.

There is another way, apart from being sick, in which people may pay attention. That is when the information is important in terms of decisions they must make. As Mr. Lozon said, if we say everything is free just for the asking, without limit, why trouble Nous savons deux ou trois choses au sujet des incitatifs pour les patients qui sont inopérants. Nous savons que les relevés détaillés publiés par les ministères provinciaux de la Santé ne fonctionnent pas. Nous ne savons pas si le fait d'établir un lien entre le paiement et le service reçu constituerait ou non un avantage. Nous admettons que, en tant que Canadiens, nous n'en viendrons jamais là. Je vais donc passer à autre chose.

Fait intéressant, les ministres des Finances en sont venus à certaines conclusions à ce sujet. Les budgets provinciaux les plus récents s'accompagnent de hausses des taxes sur les cigarettes et l'alcool. On peut penser que ces mesures visent deux objectifs: nous aider à être en meilleure santé ou générer des recettes additionnelles. Je laisse au comité le soin de trancher.

Les audiences publiques qui laissent entendre que les Canadiens devraient recevoir davantage du système de soins de santé sans en comprendre les coûts ne sont pas utiles. En fait, cette situation est en partie responsable du problème d'aujourd'hui.

Au moment où nous discutons de la possibilité d' «ajuster» les attentes des consommateurs, nous devons nous rendre compte que nous vivons dans un monde caractérisé par des attentes à la hausse, et la tendance ne donne aucun signe d'essoufflement. Franchement, c'est peut-être une bonne chose. Deuxièmement, nous sommes davantage scolarisés et en mesure d'obtenir des renseignements sur les comportements et les médicaments qui nous étaient auparavant inaccessibles. Le changement sera très lent. Rien ne va bouger tant et aussi longtemps que des politiciens affirmeront qu'on répondra à tous les besoins et à tous les désirs, sans, soit dit en passant, qu'il en coûte un sou.

M. Forget: Dans le même ordre d'idées, je pose la question suivante: quand l'information est-elle utile aux personnes à qui elle est destinée? D'abord, elle est utile uniquement aux personnes attentives. Si le destinataire n'est pas attentif, l'information produite, quelle qu'en soit la quantité, n'aura aucun effet.

Le champ d'attention varie d'un problème à l'autre. Si, par exemple, nous étudions les habitudes de consommation de viande rouge, de sucre et de tabac au pays et dans la plupart des pays occidentaux, on constatera que des modifications spectaculaires se sont effectuées sur une longue période. Nous ne comprenons pas tout à fait comment les choses se sont passées. De toute évidence, on a fourni de l'information qui a touché une corde sensible. Il serait peut-être avantageux d'étudier de façon rétrospective en quoi l'information limitée accessible à l'époque a été si efficace par rapport à tout ce dont on dispose aujourd'hui grâce à Internet. Ce dont je parle remonte à bien avant l'avènement d'Internet.

Les patients comme les membres de leur famille deviennent très attentifs lorsqu'ils sont malades. On a compris que, par le passé, on ne fournissait pas assez aux patients et à leur famille d'informations de haut niveau sur les traitements. À l'avenir, cette information devrait jouer un rôle beaucoup plus grand. Elle a un impact majeur.

Il n'y a pas que les personnes malades qui prêtent l'oreille à l'information fournie. On constate qu'elles sont attentives lorsque l'information est importante pour des décisions qu'elles doivent prendre. Si, comme l'a indiqué M. Lozon, tout est accessible, sans

yourself with a lot of information? You can go with the publicity you have seen in a magazine and trust that the physician or the system will say, "No, you do not really need that. It will be bad for you."

However, nothing is ever so clear-cut. There are shades of grey. Studies of medical technologies often reveal cases where it is not so clear. I remember about 10 years ago, and Dr. Morin will know far more about this than I, a new contrast medium emerged that was very expensive. It was mostly for neurological work, I believe, and non-ionizing and so on. The indication seemed to be that it would reduce problems. A small percentage of people who were treated with the old contrast medium would become slightly nauseated, but not otherwise indisposed. There was no statistical evidence that there was any more severe problem. Some hospital systems in this country switched en masse to the new, more expensive contrast medium. You can say, "Let us blame the consumer," but in this case, let us blame ourselves. We did not look at this very critically and say, "Well, no, the small extra benefit is perhaps not worth the extra expense, or else let us charge a fee to the patient who insists on it use."

There are other applications of this idea. There are tradeoffs when there are no life and death issues, or there is a little more inconvenience, a slightly increased risk of some mild adverse effect. Our system prohibits charging those who express a very strong preference not to endure the risk of being slightly nauseated. Is that right? This is a consumer incentive?

The information, while of no interest to the general public, would be of much interest to patients who are confronted with this choice. It places people in the position where they have to make a choice. If they do not have to make a choice, why should they bother their heads with all that information?

Dr. Vertesi: This is a very interesting question, and much of what I was going to say has been said, but I still have a few points to emphasize.

Educating the public is one of our most overstated, inflated expectations. First, the public is not uniform across Canada. We have rural and ethnic groups. We will always have special interest groups that we will never be able to educate or satisfy. No matter how small they are, the press will always give them prominence. The key here is not to try to educate all those people so they all come to a uniform consensus, but rather to ensure that the government is not paralyzed by what is going on in the public media.

Although public expectations are a factor, and I agree with Dr. Lozon that they are rising — as they should — it is because we really do have more to offer, and people should want more. It

restrictions, pourquoi s'encombrer d'un grand nombre d'informations? Vous pouvez vous fier à la publicité que vous avez vue dans un magazine et compter sur le médecin ou le système pour dire: «Non, vous n'en avez pas besoin, ce serait mauvais pour vous.»

Cependant, rien n'est jamais si tranché. Il y a des nuances. Les études des technologies de la santé font souvent état de cas où tout n'est pas si clair. Il y a une dizaine d'années, et le Dr Morin en sait beaucoup plus que moi à ce sujet, on a mis au point un nouveau milieu de contraste, qui était très coûteux. On l'utilisait surtout dans le domaine neurologique. Il était, si je me souviens bien, non ionisant et ainsi de suite. Tout semblait indiquer qu'il allait entraîner une réduction des problèmes. Un petit pourcentage de personnes traitées au moyen de l'ancien milieu de contraste éprouvaient une légère nausée, mais, sinon, elles n'étaient pas indisposées. Aucune donnée statistique ne laissait croire à l'existence de problèmes plus graves. Certains réseaux hospitaliers du pays ont massivement adopté le nouveau milieu de contraste plus coûteux. On a beau dire: «C'est la faute du consommateur», dans ce cas-là, nous n'avons que nous-mêmes à blâmer. Nous n'avons pas examiné la question d'un œil très critique en nous disant: «Non, les avantages supplémentaires offerts sont trop limités pour justifier les dépenses additionnelles. Si un patient tient à ce qu'on utilise un tel milieu de contraste, imposons-lui un droit correspondant».

Cette idée trouve d'autres applications. Lorsqu'on a affaire à des problèmes autres que les problèmes de vie et de mort, qui entraînent des inconvénients majeurs ou une légère augmentation des risques d'effets secondaires bénins, des compromis sont possibles. Notre système nous empêche d'imputer des frais aux personnes qui tiennent mordicus à éviter des risques de nausées légères. Est-ce acceptable? S'agit-il d'un incitatif pour les consommateurs?

L'information, si elle ne présente aucun intérêt pour le public en général, intéresserait au plus haut point les patients confrontés à ce genre de choix. Grâce à elle, on peut confronter les citoyens à des choix. S'ils n'ont pas de choix à faire, pourquoi s'encombreraient-ils l'esprit de toutes ces informations.

Le Dr Vertesi: Il s'agit d'une question très intéressante, et les intervenants ont déjà relevé certains des points que j'avais l'intention de soulever. J'aimerais cependant faire ressortir deux ou trois choses.

L'éducation du public correspond à l'une de nos attentes les plus exagérées et les plus surévaluées. D'abord, le public n'est pas uniforme dans l'ensemble du Canada. Il y a des groupes ruraux et des groupes ethniques. Il existera toujours des groupes d'intérêt particulier que nous n'arriverons jamais à éduquer ni à satisfaire. Peu importe leur importance, la presse leur fera toujours une place prééminente. Ici, la clé consiste à tenter non pas d'éduquer toutes ces personnes de façon à ce qu'elles parviennent à un consensus, mais plutôt à veiller à ce que l'activité des médias n'ait pas pour effet de paralyser le gouvernement.

Même si on doit tenir compte des attentes du public, et je suis d'accord avec le Dr Lozon pour dire qu'elles sont à la hausse — comme il se doit —, c'est parce que nous avons davantage à offrir

is not a buffet. It is not a situation where people can say, "I think I will have this and I will have that." Sometimes it is portrayed that way. We allow people initial contact with the health care provider, usually a physician, and then things roll from there. The cost of that initial contact is not very great. The real costs are behind the scenes in what the physicians do. The real costs are in the hospitals, with the cancer care, heart surgery and so on. People do not choose these procedures because they have heard about them. Certainly if they do, the physician should be there to give them better advice. Here I would like to emphasize what Ms Kenny said. We should be targeting the variations in medical practice by the physicians. That is what really influences a great deal of the costs.

There is a common perception that people abuse emergency rooms. The scenario we use in lieu of the public abusing medical services is that they come to emergency too often and use hospital services too often. As someone who works in emergency, I have a lot of trouble with this allegation. The fact is that people who come to hospital emergencies but do not have anything seriously wrong do not consume significant resources. They are quickly identified and turned around. The ones who use significant resources, and plug up the system, are those who do require treatment in the eyes of the health care professionals. That is where the real problems are.

When I ask these people why they came to emergency, invariably they will give some reason that in fact does make sense if you follow their logic. Consider that they are in a crisis situation at the time. Imagine how you would feel with abdominal pain or something similar. This is not a time when people are apt to exhibit rational judgment about anything. No matter who you are, even a professional or someone who really knows a lot will not exhibit rational judgment at a time of panic or fear, especially when family is involved. The job of the hospital emergency department is to sort this out very quickly and identify whether something needs to be done. It is not the job of the patient to do that

Secondly, we have created a new disadvantaged class out here. It used to be that the people who were not able to get health care were the poor, and we all identified that problem. In fact, the origins of the Canada Health Act were focused on poverty as a barrier to care. That is much less the case now. We have created a new class of disadvantaged, what I call the "conscientiously vulnerable." It is the people who can be persuaded not to use a hospital's services or other legitimate services that they need, at least for access to information, out of guilt. This is exemplified by the lady I see in the middle of the night with chest pain. When I ask, "How long have you had this chest pain," she responds, "Well, I have had it for three days." "Why did you not come in?" "Well, I did not want to bother you." In fact, she had a heart attack, and it would have been much simpler to treat her earlier. Now she has created not only a problem for herself, but also costs for my hospital. She has converted a relatively simple problem into a much more complicated one. She will go on to have a lot et que les citoyens sont autorisés à vouloir davantage. Ce n'est pas un buffet. Les patients ne peuvent pas dire: «Je vais prendre ceci et cela». Dans certains cas, c'est ainsi qu'on présente la situation. Les citoyens sont autorisés à établir un premier contact avec le fournisseur de soins de santé, habituellement un médecin, et les choses s'enchaînent ensuite. Le coût de ce contact initial n'est pas très élevé. C'est à l'arrière-plan, dans ce que font les médecins, qu'on retrouve les véritables coûts. Les véritables coûts, on les retrouve dans les hôpitaux, et ils ont trait au traitement du cancer, aux chirurgies cardiaques et ainsi de suite. Les citoyens ne choisissent pas ces procédures parce qu'ils en ont entendu parler. Si tel était le cas, ce serait au médecin de les détromper. Ici, je tiens à revenir sur ce qu'a dit Mme Kenny. Nous devrions cibler les écarts dans les pratiques médicales des médecins. Ce sont elles qui ont une grande incidence sur les coûts.

Il existe une perception répandue selon laquelle les citoyens abusent des salles d'urgence. Au lieu de dire que les citoyens abusent des services médicaux, nous affirmons qu'ils se rendent trop souvent à l'urgence et qu'ils utilisent trop fréquemment les services hospitaliers. À titre d'urgentiste, j'ai beaucoup de mal à accepter une telle allégation. Le fait est que les personnes qui se rendent dans les urgences, mais qui n'ont rien de grave ne monopolisent pas de bien grandes ressources. On les identifie rapidement avant de les renvoyer chez elles. Celles qui requièrent des ressources importantes et engorgent le système, ce sont celles qui, de l'avis des professionnels de la santé, ont besoin de traitement. Voilà où les véritables problèmes se posent.

Lorsque j'interroge les patients sur les motifs de leur présence à l'urgence, ils me fournissent invariablement des raisons qui, suivant leur logique, ont du sens. Ces personnes se trouvent alors en situation de crise. Elles éprouvent des douleurs à l'abdomen ou quelque chose du genre. Dans une telle situation, elles ne parviennent pas à réfléchir de façon rationnelle à quoi que ce soit. Que l'on soit professionnel ou que l'on possède de vastes connaissances, on n'arrivera pas à faire preuve de jugement rationnel en cas de panique ou de peur, en particulier lorsque des membres de sa famille sont touchés. Le travail de la salle d'urgence consiste à effectuer un tri très rapide et à déterminer ce qui doit être fait. Ce n'est pas aux patients de faire ce travail.

Deuxièmement, nous avons créé une nouvelle catégorie de défavorisés. Autrefois, les personnes qui n'avaient pas accès aux soins de santé étaient les pauvres, et nous avons constaté le problème. À l'origine, la Loi canadienne sur la santé était axée sur la pauvreté en tant qu'obstacle à l'obtention de soins. C'est beaucoup moins le cas aujourd'hui. Cependant, nous avons créé une nouvelle catégorie de défavorisés, ce que j'appelle les «personnes à la conscience vulnérable». Il s'agit des personnes que, en faisant appel à la culpabilité, nous parvenons à persuader de ne pas recourir aux services hospitaliers ou à d'autres services légitimes dont elles ont besoin, du moins en ce qui a trait à l'accès à l'information. Permettez-moi de vous citer l'exemple d'une dame qui vient me voir au milieu de la nuit avec des douleurs à la poitrine. Je lui demande: «Depuis combien de temps avez-vous ces douleurs à la poitrine?» Elle me répond: «Depuis trois jours.» «Pourquoi n'êtes-vous pas venue à l'urgence?» «Eh bien, je ne voulais pas vous déranger.» En fait, elle avait subi une crise difficulties and it will cost a lot of money. We have created a class of people who are too conscientious to access the care they need when they need it.

I would like to emphasize also Dr. Lozon's comments about the targeting of education. We first need to target education to the physicians who control the majority of the resources that cost money, and second, to the public at the time they need that information. That is the time when they potentially can use it to the best advantage.

Mr. Davis: We are in danger, from time to time, of looking for a perfect solution in a very complex environment.

People do respond to incentives. We know this. The entire world, with the exception of the Canadian health care system, builds incentives into its operations. I think we do need to take a serious look at the use of incentives, especially in promoting healthy and lower-risk behaviours. There is a role for the federal government there because it controls the income tax system, and that system is one of the major ways to influence the behaviour of people and organizations. Governments have used it since the beginning of time in some very positive and very curious ways to encourage different types of behaviours. I would encourage you to continue to look at that.

When we talk about educating the public, we have to be careful not to do so in a paternalistic way. The public is being educated every day. Whether it is through the popular media, the Internet or some serious research, it is happening. The question is, what role do we want to have in educating the public?

One of the advantages of regionalized health delivery systems is that they have the ability and mandate to take on public education and information. Governments need to look at this where health systems are not fully regionalized, because it is more difficult for them to do it.

I ask the question: how many hospital systems or regionalized health systems see public education and public information as one of their major priorities? Again, most systems are grappling with delivery of illness care, managing hospitals and the so-called "sickness system." We have to put a major effort into providing information to the public. It is not so much public "education" because you cannot tell people what is right or wrong and expect them to passively accept it; you have to create a situation where reliable information is available in a user-friendly way. It must have an interactive component and, as I say, it must be focused on credibility.

cardiaque, qu'il aurait été beaucoup plus facile de traiter si nous avions pu intervenir plus tôt. Elle avait créé non seulement un problème pour elle-même, mais en plus des coûts pour mon hôpital. Elle avait converti un problème relativement simple en un problème beaucoup plus complexe. Elle continuera d'éprouver des difficultés, et les coûts seront élevés. Nous avons créé une catégorie de personnes trop consciencieuses pour accéder aux besoins dont elles ont besoin quand elles en ont besoin.

J'aimerais également revenir sur ce qu'a dit le Dr Lozon au sujet du ciblage de l'éducation. Nous devons d'abord éduquer les médecins qui contrôlent la majorité des ressources coûteuses et, deuxièmement, le public au moment où il a besoin de ce genre d'information. C'est le moment où il est en mesure de l'utiliser de la façon la plus profitable.

M. Davis: Par moments, nous risquons de chercher une solution parfaite dans un contexte très compliqué.

Les citoyens répondent aux incitatifs. Nous le savons. Le monde entier, à l'exception du système de soins de santé du Canada, prévoit des incitatifs dans ses activités. Je pense que nous devons envisager très sérieusement le recours aux incitatifs, en particulier dans la promotion des comportements sains et à faible risque. À cet égard, le gouvernement fédéral a un rôle à jouer parce que c'est lui qui administre le régime d'impôt sur le revenu et que ce dernier est l'un des principaux moyens dont nous disposons pour influer sur le comportement des particuliers et des organismes. Depuis la nuit des temps, les gouvernements utilisent le régime d'impôt sur le revenu de façon très positive et très curieuse pour favoriser différents types de comportements. Je vous invite à continuer de le faire.

Dans le domaine de l'éducation du public, nous devons nous garder d'agir de façon paternaliste. Les citoyens s'éduquent chaque jour, par l'entremise des médias de masse, d'Internet ou de recherches sérieuses. La question qui se pose est la suivante: quel rôle voulons-nous jouer dans l'éducation du public?

L'un des avantages de la régionalisation des systèmes de soins de santé vient du fait que ces derniers ont la capacité et le mandat d'agir dans le domaine de l'éducation et de l'information du public. Là où les systèmes de soins de santé ne sont pas entièrement régionalisés, les gouvernements doivent se pencher sur ces activités, qui présentent pour eux plus de difficulté.

Je pose la question: combien de réseaux hospitaliers ou de régies régionales de la santé font de l'éducation et de l'information du public leurs toutes premières priorités? Une fois de plus, la plupart des systèmes sont aux prises avec la prestation des soins aux malades et la gestion des hôpitaux ainsi que de ce que nous appelons le volet «maladies». Nous devons consacrer des efforts considérables à l'information du public. En fait, il ne s'agit pas vraiment d'«éduquer» le public parce qu'on ne peut dire aux gens ce qui est bon ou mauvais pour eux et espérer qu'ils vont passivement nous prendre au mot. Il faut plutôt créer une situation dans laquelle de l'information digne de foi est véhiculée de façon conviviale. L'information doit avoir une composante interactive et, comme je l'ai dit, être axée sur la crédibilité.

We are struggling a little with this issue in Canada. We are still of the belief that if the government puts out a bunch of brochures, that will somehow impact people. We have to get into the contemporary media and start talking to both children and adults in the same way as a variety of other sectors in the economy. We can lament the fact that all kinds of high-powered advertising are influencing people; we need to get into that game, although in a slightly different way.

We must be in the popular media, but we must establish ourselves as a credible source of information. We have to win that battle, and then people have to feel comfortable in coming to us for information on how to minimize unhealthy behaviours and how to access the system when they have an issue. It is very difficult right now to access us for information and direction. As Dr. Vertesi pointed out, during a medical crisis is not the best time to look for a rational way to interact with the system. However, even there, we make interaction with the system difficult from a user's perspective. There is much to be done. We have done a poor job because we have not seen it as a priority. We must get on with this expeditiously.

Senator Morin: I understand we are dealing with patientoriented issues. I have a number of specific questions for the panel.

Mr. Davis, I was intrigued by your comment about tax incentives for the wellness agenda, as opposed to raising taxes on tobacco, for example. I was wondering whether you had any specific examples of that. Would we pay less income tax if we were not smoking? That is in intriguing idea.

This is for Mr. Forget and deals with the coverage of medicare services. If we could reduce the coverage of services, we could save resources. I read your recent paper with great interest and care. If I understand it, you are saying that we should remove coverage for those procedures or techniques that are not evidence based.

To that, I will say that most of the new cost drivers in our system are evidence based. We spend most of our money on the last half of our lives. With new drugs and new technologies coming out, there are more random clinical trials now than ever. Looking at the expenses, it is not so much that we are getting older as a society, but that we are introducing new procedures that were not available before. There are now more bypass surgeries and it has now been proven to be effective after 80. We never thought of doing that before. Another example is that renal dialysis has increased by 14 per cent in the last three years and costs \$50,000 a year per patient.

Au Canada, cette question nous donne un peu de fil à retordre. Nous demeurons convaincus qu'il suffit que le gouvernement publie des tas de dépliants pour produire un effet sur les citoyens. Nous allons devoir nous intéresser aux médias contemporains et commencer à nous adresser aux enfants et aux adultes de la même façon qu'on le fait dans divers autres secteurs de l'économie. Rien ne sert de déplorer l'influence qu'exercent toutes sortes de véhicules publicitaires ultra-puissants sur les gens. Nous devons jouer le même jeu, bien que de façon un peu différente.

Nous devons être présents dans les médias de masse, mais établir notre crédibilité en tant que source d'information. Nous devons gagner cette bataille. Ce n'est qu'alors que les citoyens n'hésiteront pas à s'adresser à nous pour obtenir de l'information sur les moyens de réduire au minimum les comportements malsains et d'accéder au système en cas de problème. À l'heure actuelle, il est très difficile de s'adresser à nous pour obtenir de l'information et des orientations. Comme le Dr Vertesi l'a souligné, les crises médicales ne sont pas le meilleur moment pour chercher des moyens rationnels d'interagir avec le système. Même dans ce cas, cependant, nous faisons en sorte que l'interaction avec le système est difficile du point de vue de l'utilisateur. Il y a beaucoup à faire. Nous n'avons pas fait du bon travail dans ce dossier, simplement parce que nous ne l'avons pas jugé prioritaire. Nous devons nous atteler à la tâche sans perdre une minute.

Le sénateur Morin: Je crois comprendre que nous nous en tenons pour le moment aux questions tournées vers les patients. J'ai un certain nombre de questions précises à poser aux témoins.

Monsieur Davis, vous m'avez intrigué en prônant le recours à des incitatifs fiscaux pour faire avancer la cause du bien-être, de préférence à une majoration des taxes sur le tabac, par exemple. Je me demandais si vous aviez des exemples précis à fournir. Les non-fumeurs paieraient-ils moins d'impôts? C'est une idée intrigante.

Ma question suivante, qui s'adresse à M. Forget, porte sur l'assurance des services de santé. Si nous pouvions réduire la gamme de services assurés, nous épargnerions des ressources. J'ai lu votre ouvrage récent avec beaucoup d'intérêt et de soin. Si je comprends bien, vous affirmez que nous devrions désassurer les procédures ou les techniques non fondées sur des données probantes.

À cela, je répondrai que la plupart des nouveaux inducteurs de coût dans notre système repose sur des données probantes. Nous dépensons la majeure partie de notre argent pour la deuxième moitié de notre vie. Avec la venue de technologies et de médicaments nouveaux, les essais cliniques aléatoires sont plus nombreux que jamais. À l'examen des dépenses, on se rend compte que le problème tient moins au vieillissement de la société qu'à l'introduction de nouvelles procédures auxquelles nous n'avions pas accès auparavant. Nous effectuons plus de pontages coronariens, et on a maintenant fait la preuve que la procédure était efficace chez les personnes de plus de 80 ans. Nous n'y avions jamais pensé auparavant. Voici un autre exemple: le

Therefore, this is where the expense is incurred. There is certainly no reason to deprive elderly patients of procedures that we do on 40-year-olds. Mr. Forget used the example of a dye that is used in urological procedures, but this is relative rare.

This comment is to Ms Kenny and concerns the dissatisfaction of Canadians with our system. I think it is specific to Canada. Poll after poll has shown that Canadians are amongst those who are the most dissatisfied with their system. However, we have been classed 30th by the World Health Organization. France is number one, and all of the European countries are way up on the list. Generally, the Europeans, with the exception of the British—and even they do not reach our level of dissatisfaction—are satisfied with their health system. There is something wrong with our system.

Finally, I agree with Dr. Vertesi's comment that overconsumption of services by patients is a myth. A good definition of what is an emergency is what the patient thinks it is. There are very few patients who want to submit themselves to procedures and so forth. The problem is more underconsumption. You gave an excellent example of patients not going to emergency when they have chest pain because they have been told repeatedly that they are using precious resources and so forth.

Mr. Davis: We need to do more thinking in the whole area of incentives, both positive and negative. The current bundle of incentives for wellness is largely negative — higher prices for tobacco being the best example. You could imagine a situation where there were tax incentives related to the purchase of specific services that would promote wellness, such as fitness training and things of that nature. That is one area that needs to be looked at.

Why not take a more radical approach and imagine a system where individuals registered with the regional health authority, and if they met certain fitness or wellness targets, they would receive tax incentives. It makes perfect sense when you think about it. We take a lot of money away from people in order to fund the health care system to deal with them when they are sick. Why not put cash incentives back in their hands — not just to purchase services, but real cash back in their pockets — if they are meeting certain targets, whether cardiovascular or weight related? There are all kinds of good evidence out there as to what constitutes "healthy" and "good health," but we have not spent much time focusing on that because we have been so preoccupied with the sickness side of the system.

coût des dialyses rénales a augmenté de 14 p. 100 au cours des trois dernières années. Il en coûte aujourd'hui 50 000 \$ par patient par an.

Voilà donc l'origine des dépenses. Rien ne justifie le refus à des patients âgés des procédures que nous offrons aux personnes de 40 ans. M. Forget a fait allusion à l'exemple d'un marqueur utilisé en urologie, mais les cas de cette nature sont relativement rares.

Mon commentaire suivant, qui s'adresse à Mme Kenny, porte sur l'insatisfaction des Canadiens vis-à-vis de notre système. Je pense qu'il s'agit d'un phénomène unique au Canada. Sondage après sondage, nous constatons que les Canadiens comptent parmi les personnes les plus insatisfaites de leur système. Cependant, l'Organisation mondiale de la Santé nous a classés au trentième rang. La France occupe le premier rang, et tous les pays européens figurent dans la portion supérieure de la liste. En règle générale, les Européens, à l'exception des Britanniques — dont le taux d'insatisfaction demeure inférieur au nôtre — se disent satisfaits de leur système de santé. Il y a quelque chose qui cloche au sein de notre système.

Enfin, je suis d'accord avec le Dr Vertesi pour dire que la surconsommation des services par les patients est un mythe. Une urgence est ce que le patient considère comme une urgence. C'est là une définition valable. Les patients qui souhaitent se prêter à des procédures et à tout le reste sont très rares. Le problème a plutôt trait à la sous-consommation. Vous avez cité un excellent exemple en invoquant le cas des patients qui ne se rendent pas à l'urgence même s'ils éprouvent des douleurs à la poitrine parce qu'on leur a répété qu'ils monopolisaient de précieuses ressources, et ainsi de suite.

M. Davis: Nous devons pousser la réflexion sur toute la question des incitatifs, qu'ils soient positifs ou négatifs. À l'heure actuelle, les incitatifs liés au bien-être sont pour la plupart négatifs—le prix plus élevé des produits du tabac constituant le meilleur exemple. On peut imaginer l'octroi d'incitatifs fiscaux pour l'achat de services précis favorisant le bien-être, par exemple le conditionnement physique et d'autres services de cette nature. C'est l'une des pistes que nous devons explorer.

Pourquoi ne pas adopter une approche plus radicale et imaginer un système dans lequel des personnes s'inscrivent auprès d'une régie régionale de la santé et, à condition de respecter certains critères liés à la condition physique ou au bienêtre, reçoivent des incitatifs fiscaux. Quand on y pense, c'est rempli de bon sens. On perçoit beaucoup d'argent auprès des citoyens pour financer le système de soins de santé qui s'occupera d'eux en cas de maladie. Pourquoi ne pas leur proposer des incitatifs en espèces - pas seulement pour l'achat de services, mais aussi des espèces sonnantes et trébuchantes - si elles répondent à certains objectifs, qu'ils aient trait à la santé cardiovasculaire ou au poids? Nous disposons de toutes sortes de données sur ce que signifient les notions de «sain» et de «bonne santé», mais, parce que nous sommes obnubilés par le volet du système axé sur la maladie, nous n'y avons pas consacré assez de temps.

In a publicly funded system organized the way we are, we probably have an opportunity to make progress in this area. We could even become the gold standard for the world in this particular area if we focus on it. It is exciting, but we are still having a difficult time getting the attention of governments in the area.

Dr. Vertesi: Perhaps I can make some comments that do not follow normal expectations, because it makes for a livelier discussion. We all talk about incentives. There are two reasons for incentives: one is to change the utilization of our health care services and the other is to prevent illness. We talked about utilization earlier so I want to spend time on the incentive to prevent illness.

We have to be clear on what it is we are trying to achieve when embarking on prevention.

There is no question that we can affect disease patterns through prevention, but does it save money? We assume that it does because, if we prevent a car accident, then we have saved money. I will suggest that prevention does not save any money, but it does change disease patterns.

As evidence, let us look at the last 20 years of preventive action, when we have had successful seat belt legislation, antismoking laws, child vaccination, public health, sanitation, laws against drunk driving, et cetera. Many of these laws and programs have been successful, but if they saved money, then we should be awash with money now. However, we are not; we have simply changed disease patterns. We have allowed a person who might have died in a car accident and to get a little older, so he might have a heart attack or be susceptible to cancer or to other problems of old age, which we know to be expensive. We improved life satisfaction and I would not argue against that. I am not saying that we should not practice prevention. However, I am saying that we should stop assuming that it saves money. It does not necessarily save any money at all.

Mr. Forget: Senator Morin raised a question about whether it is right to suggest linking coverage to the quality of a medical or surgical procedure. I believe his question suggests that most of what we do that generates costs springs from the utilization of well tested and evidence-based procedures. If that is the case, so much the better. However, I question that. I see much of what is occurring in our acute-care institutions, certainly those we call "tertiary institutions" or "academic health centres." I also see what is happening in a number of other institutions, which do not have that function, in developing variations or improvements to established procedures in a very informal setting. The analogy that I draw in my text includes the rigorous methodology, adopted in most countries quite some time ago, whereby we test

Dans un système public structuré comme l'est le nôtre, nous pourrions probablement réaliser des progrès dans ce domaine. Si nous y mettions du nôtre, nous pourrions peut-être même devenir la référence mondiale dans ce domaine particulier. Il s'agit d'un secteur des plus stimulants, mais nous éprouvons toujours de la difficulté à attirer l'attention des gouvernements sur ces questions.

Le Dr Vertesi: On me permettra de formuler certains commentaires qui sortent un peu des sentiers battus, ne serait-ce parce que cela a pour effet d'animer le débat. Nous avons tous le mot «incitatifs» à la bouche. Les incitatifs visent deux objectifs: modifier l'utilisation des services de santé et prévenir la maladie. Nous avons déjà évoqué la question de l'utilisation. J'aimerais maintenant consacrer un peu de temps aux incitatifs en tant que moyen de prévenir la maladie.

Avant de nous lancer à corps perdu dans la prévention, nous devons établir clairement nos objectifs.

Il ne fait aucun doute que la prévention permet d'influer sur la structure de la morbidité, mais permet-elle de réaliser des économies? Nous tenons pour acquis que oui puisque, si nous parvenons à prévenir un accident de voiture, nous économisons de l'argent. Pour ma part, j'affirme que la prévention ne permet pas d'économiser, mais qu'elle influe sur la structure de la morbidité.

Des preuves? Examinons les 20 dernières années d'actions préventives: nous sommes parvenus à imposer des dispositions législatives relatives au port de la ceinture de sécurité, des dispositions législatives anti-tabagisme, la vaccination infantile, la santé publique, l'hygiène, les dispositions législatives contre la conduite en état d'ébriété. Bon nombre de ces lois et de ces programmes ont été de francs succès, mais, s'ils avaient permis de réaliser des économies, nous devrions aujourd'hui nager dans l'argent. Ce n'est toutefois pas le cas: nous avons simplement modifié la structure de la morbidité. Tout ce que nous avons fait, c'est permettre à une personne qui serait peut-être morte dans un accident de voiture de vivre encore pendant un certain temps, ce qui lui permettra de subir une crise cardiaque, de contracter le cancer ou d'autres problèmes associés au vieil âge, lesquels, nous le savons, sont coûteux. Nous avons amélioré la satisfaction de vivre, je ne le contesterai pas. Je ne dis pas que nous devrions renoncer à la prévention. Cependant, j'affirme que nous devrions cesser de tenir pour acquis qu'elle permet de réaliser des économies. Ce n'est pas nécessairement le cas.

M. Forget: Le sénateur Morin a soulevé une question au sujet de la pertinence d'associer la couverture à la qualité d'une procédure médicale ou chirurgicale. Dans sa question, il a laissé entendre que la plupart des coûts sont associés à des procédures bien éprouvées et fondées sur des données probantes. Tant mieux si c'est vrai. Cependant, j'en doute. Je constate la situation dans nos établissements de soins actifs, et à coup sûr dans ce que nous appelons les «établissements tertiaires» ou les «centres de santé universitaires». Je constate également la situation en vigueur dans un certain nombre d'autres établissements qui, même s'ils n'ont pas cette fonction, modifient ou améliorent des procédures établies dans un contexte très officieux. L'analogie que j'établis dans mon texte a notamment trait à la méthodologie rigoureuse,

drugs before commercialization is allowed. We know this is an expensive process, but it is done rigorously, not only by the manufacturers, but also by the governments, who play an active role in monitoring the details of this limited testing.

Imagine if drugs developed in the way other components of the health care system have developed, such that a doctor who has a concept, or an association with a chemist, has found a new molecule and wants to try it because it might produce some good results. Thus, the doctor attends a medical convention and tells his associates what he has done and they are inspired to try it also. It is done informally. That is a conceivable scenario. If we did it this way, we could see rampant use of new, untested molecules or a variation on existing molecules, and we would have huge costs and many accidents. When it comes to developing variations on, or totally new, medical and surgical procedures, we go about it in a more leisurely way.

For example, and I may have told the committee this at a previous appearance, we have known about the use of stents in angioplasty procedures for some time. It is a tested procedure but, in the last two or three years, some surgeons have begun to use three stents instead of one or two. This use has become generalized at a considerable cost.

Is this a tested procedure? It would seem that the data we possess indicates that, of the 100 patients to whom three stents are applied at a total cost of \$200,000, only three would be prevented from returning for remedial intervention. Let us put that at \$5,000 per case that would be readmitted because one stent is insufficient. In effect, we have taken a decision, on cost-effectiveness terms, to spend \$200,000 to save \$15,000.

This has been done informally and the application has been widespread, not unlike wildfire. Even though we now have the test results and the evidence, the habit has formed, and it would be difficult to change it because this has become the accepted way of doing things.

We need far greater discipline in the introduction of new procedures through testing in an approved setting on a limited scale and, if indeed they prove to be not only good for the patient but also cost effective, then they might be generalized. Drug testing involves four phases. Phase one would not apply because it involves volunteers, and no one will undergo surgery on that basis. Phases two, three and four involve a rigorous, step-by-step widening of the circle of those who receive the treatment and are monitored for effectiveness. We need to do this.

adoptée par la plupart des pays il y a déjà un certain temps, en vertu de laquelle nous soumettons les médicaments à des tests avant d'en autoriser la commercialisation. Nous savons qu'il s'agit d'une procédure coûteuse, mais des tests rigoureux sont effectués non seulement par les fabricants, mais aussi par les gouvernements, qui jouent un rôle actif dans la surveillance des détails de ces essais limités.

Imaginons maintenant qu'on met au point un médicament comme on le fait pour d'autres aspects du système de soins de santé. Tel ou tel médecin a une idée ou, peut-être en association avec un chimiste, a découvert une nouvelle molécule et souhaite en faire l'essai parce qu'elle est susceptible de produire de bons résultats. Ainsi, le médecin assiste à un congrès médical, à l'occasion duquel il informe ses collègues de ce qu'il a fait. Ces derniers ont envie de l'imiter. Tout se fait de façon informelle. Il s'agit d'un scénario envisageable. Si nous procédions de cette manière, les cas d'utilisation de molécules nouvelles et non éprouvées ou de variantes de molécules existantes risqueraient de se multiplier, et nous ferions face à des coûts énormes et à de nombreux accidents. Lorsqu'il s'agit de la mise au point de variations ou de procédures médicales et chirurgicales entièrement nouvelles, nous procédons avec plus de circonspection.

Par exemple, comme je l'ai peut-être déjà dit devant le comité à l'occasion d'une comparution précédente, on utilise depuis un certain temps les tuteurs intravasculaires pour les angioplasties. Il s'agit d'une procédure éprouvée. Au cours des deux ou trois dernières années, cependant, certains médecins ont commencé à utiliser trois tuteurs plutôt qu'un ou deux. La pratique s'est généralisée à un coût considérable.

S'agit-il d'une procédure éprouvée? Selon les données dont nous disposons, parmi 100 patients à qui on a posé trois tuteurs à un coût total de 200 000 \$, seulement trois n'auront pas à revenir pour une intervention corrective. Établissons à 5 000 \$ par cas le coût des personnes devant être réadmises à l'hôpital parce qu'un seul tuteur est insuffisant. Dans les faits, nous avons pris la décision, par souci d'efficience, de dépenser 200 000 \$ pour économiser 15 000 \$.

On a procédé de façon informelle, et l'application s'est généralisée, un peu comme un feu de brousse. Même si nous disposons maintenant de données et de résultats d'essai, le pli est pris, et il serait difficile de revenir en arrière parce que la pratique est désormais admise.

Nous devons faire preuve de beaucoup plus de retenue dans l'introduction de nouvelles procédures, au moyen d'essais réalisés dans un cadre approuvé et à petite échelle. Si elles se révèlent non seulement avantageuses pour les patients, mais en plus efficientes, on pourrait ensuite les généraliser. Les essais menés sur des médicaments s'effectuent en quatre temps. La première phase ne s'appliquerait pas puisqu'elle suppose le recours à des «cobayes», et personne n'accepterait de subir une intervention chirurgicale dans ce contexte. Les phases deux, trois et quatre supposent un élargissement rigoureux et progressif du cercle des bénéficiaires du traitement, dont on vérifie l'efficacité. C'est le genre de démarches dont nous avons besoin.

In step with stronger discipline in the introduction of new procedures, there are other issues of procedures being used in an environment where, for example, for reasons of critical mass, they should not. That is all part of making available, far more widely than is needed, procedures that are not tested and proven to be effective. I have no problem with evidence-based medicine, but the problem is that by the time you get the evidence, the procedure has been applied widely and for a long time to thousands of individuals. It is the process of moving from the concept to an evidence-based result that occupies so much of the time, effort and energies of our tertiary care institutions. That process has to be looked at closely, not to prohibit anything, but to determine the conditions under which a public system will pay for the procedure. If those conditions are not met, and the physician can persuade patients that it is worth proceeding, in spite of having to pay and with no guarantee of evidence-based results, well, let them have it.

Dr. Kenny: I will respond to Senator Morin's comment about my perception of health systems worldwide. Mr. Forget is absolutely correct. There is an interesting paper, a classic on health policy, entitled, "From 'promising report' to 'standard procedure': seven stages in the career of a medical innovation." It shows that over the last 10 to 15 years, we have moved from a "promising report" in a headline to claims that evidence-based medicine is essential. In philosophical terms, it is necessary but not sufficient. You still have to make a judgment on the evidence and the appropriateness. However, Mr. Forget is pointing out a remarkable discrepancy between the way in which drugs, for example, move through development to approval and widespread use as standard care, and procedures and technologies. It is an important issue.

With respect to Senator Morin's comments about my contention that Canada needs to understand that every health system worldwide is in crisis, you were either putting me in my place or chiding me; and I will give it right back to you. I actually need to say two things:

One is that Canada's drop to 30th overall in the World Health Organization ranking was due to the percentage of private money in our health care system. We still wound up either seventh or eighth in goal performance. It is problematic for the system as a whole.

Finally, on this issue of wellness incentives, et cetera, I believe the Mazankowski report did a good and important job of highlighting our need to focus on health and health maintenance.

Outre la discipline plus grande dont on devrait faire preuve dans l'introduction de nouvelles procédures, il existe d'autres problèmes liés à des procédures utilisées dans un contexte où, pour des raisons de masse critique, par exemple, elles ne devraient pas l'être. Le problème s'inscrit dans la logique suivant laquelle on rend disponibles, de façon beaucoup plus large que nécessaire, les procédures qui n'ont pas fait l'objet d'essais et dont l'efficacité n'a pas été prouvée. La médecine fondée sur des données probantes ne me pose aucun problème, mais, ce qu'il y a, c'est que, lorsqu'on obtient enfin les données, la procédure a été appliquée de façon généralisée et depuis longtemps pour des milliers de personnes. C'est le passage du concept à des résultats fondés sur des données probantes qui monopolise une grande partie du temps, des efforts et de l'énergie de nos établissements de soins tertiaires. On doit examiner cette pratique de très près, dans l'intention non pas de l'interdire, mais bien plutôt de déterminer les conditions dans lesquelles le système public assumera les frais de la procédure. Si ces conditions ne sont pas réunies et que le médecin arrive à convaincre son patient que le jeu en vaut la chandelle, même s'il aura à en assumer les coûts, sans garantie s'appuyant sur des résultats fondés sur des données, grand bien lui fasse.

La Dre Kenny: Je vais répondre au commentaire du sénateur Morin concernant ma perception des systèmes de santé du monde. M. Forget a tout à fait raison. Il existe un article intéressant, un classique dans le domaine de la politique de la santé, intitulé «From "promising report" to "standard procedure": seven stages in the career of a medical innovation». On y montre que, au cours des 10 à 15 dernières années, nous sommes passés d'un «rapport prometteur» dans une manchette à des affirmations selon lesquelles la médecine fondée sur des données probantes était essentielle. Sur le plan philosophique, cela est nécessaire, mais insuffisant. On doit toujours faire preuve de jugement relativement aux données et à leur pertinence. Cependant, M. Forget fait état d'un écart remarquable entre la façon dont les médicaments, par exemple, passent du développement à l'approbation et à l'utilisation généralisée dans les soins de tous les jours, d'une part, et les procédures et les technologies, d'autre part. Il s'agit d'un problème important.

Pour ce qui est du commentaire du sénateur Morin concernant l'affirmation que j'ai faite selon laquelle le Canada doit comprendre que tous les systèmes de santé du monde sont en crise, il cherchait à me remettre à ma place ou encore il me réprimandait. Je vais lui rendre la pareille. En fait, je dois dire deux choses.

La première, c'est que la trentième place obtenue par le Canada dans le classement de l'Organisation mondiale de la santé s'explique par le pourcentage de capitaux privés dans notre système de soins de santé. Nous arrivions toujours au septième ou au huitième rang en ce qui concerne la réalisation des objectifs. Il s'agit d'une situation problématique pour l'ensemble du système.

Enfin, en ce qui concerne les incitatifs pour la santé, et cetera, je pense que M. Mazankowski, dans son rapport, a fait du bon travail et fait un travail important en soulignant que l'on doit mettre l'accent sur la santé et le maintien de la santé.

Again, through the lens of those values I think are important, let us be clear that the wealthier are healthier, and poverty and illness will not simply disappear in lower socio-economic groups if we put our minds to it.

We have to be careful about what seems to make eminent sense when dealing with the complexity of the socio-economic determinants of health and well-being. I am fully behind the encouragement to accept responsibility for our health and well-being, but we need to recognize that the socio-economic status into which we are born is not something we choose or intellectually accept. It is more complex and problematic than that.

Mr. Lozon: Firstly, I agree with Mr. Forget. The system we use for drugs is not mirrored in other procedures. It is more of an innovative system for bringing things into the health care environment, much of which is not evidence based.

One aspect of incentives we have not talked about is the feefor-service medical system. There is interesting work being done in the Province of Ontario on alternative funding plans for primary care physicians and practitioners. One view would be to incent the practitioner to do patient education as opposed to dialysis treatment, for example. There may be some merit in looking at a different type of physician payment system that provides incentives for education as opposed to treatment.

The Chairman: You are saying we should change the method by which general practitioners are compensated in the current feefor-service system to something that rewards or pays for both preventive medicine and public education.

Did you say there are experiments ongoing in Ontario? I am looking to the other panellists for alternative ways of doing it elsewhere in the country. Are there any successes or results yet?

Mr. Lozon: It is too early.

The Chairman: Are there experiments going on in B.C., Alberta and Nova Scotia as well?

Mr. Davis: Actually the results are positive, but again, the issues around changing the culture and practice patterns make it difficult to implement some of these new strategies.

The Chairman: You mean changing culture among physicians?

Mr. Davis: Yes. Where that change has taken place, and we have one major project underway in Calgary, we have seen some very positive results. That is our strategy and direction going forward.

Dr. Vertesi: We also have some projects in British Columbia, and whether they are successful depends on whom you ask. Generally, the people in favour of them to begin with look for the positives. There is no question there are some successes, but this question has been around for a long time.

Une fois de plus, sous l'angle des valeurs que je juge importantes, affirmons tous ensemble que les mieux nantis sont en meilleure santé et que la pauvreté et la maladie ne vont pas disparaître des classes socio-économiques inférieures, même si nous nous attaquons de concert au problème.

Face à la complexité des déterminants socio-économiques de la santé et du bien-être, nous devons nous défier de ce qui semble être rempli de bon sens. Je suis tout à fait d'accord pour qu'on incite les citoyens à assumer la responsabilité de leur santé et de leur bien-être, mais nous devons admettre que personne ne choisit ni n'accepte intellectuellement le statut socio-économique hérité à la naissance. C'est beaucoup plus complexe et problématique que cela.

M. Lozon: Je tiens d'abord à dire que je suis d'accord avec M. Forget. Le système que nous utilisons pour les médicaments n'a pas son pareil relativement aux autres procédures. Lorsqu'il s'agit de faire entrer des éléments dont bon nombre ne s'appuient pas sur des données probantes, le système est plus novateur.

Le régime médical de rémunération à l'acte est un des aspects des incitatifs dont nous n'avons pas parlé. En Ontario, on effectue des travaux intéressants sur de nouveaux régimes de rémunération pour les praticiens et les médecins de premier recours. On pourrait, par exemple, inciter le praticien à éduquer le patient plutôt qu'à lui proposer une dialyse, par exemple. Examiner un nouveau type de rémunération des médecins ayant pour effet d'inciter ces derniers à prôner l'éducation plutôt que le traitement n'est peut-être pas sans mérite.

Le président: Ce que vous proposez, c'est que nous modifions le mode de rémunération des omnipraticiens, soit la rémunération à l'acte, au profit d'un régime ayant pour effet de récompenser et de rémunérer la médecine préventive et l'éducation du public.

Vous ai-je entendu dire que des expériences étaient en cours en Ontario? J'invite les autres témoins à nous faire part de nouvelles façons de faire en application ailleurs au pays. A-t-on obtenu jusqu'ici des réussites ou des résultats?

M. Lozon: Il est encore trop tôt.

Le président: Les expériences sont-elles en cours en Colombie-Britannique, en Alberta et en Nouvelle-Écosse également?

M. Davis: En fait, les résultats sont positifs, mais, une fois de plus, il est difficile de mettre en œuvre certaines de ces nouvelles stratégies en raison des problèmes liés à la modification des cultures et des habitudes de pratique.

Le président: Modifier la culture des médecins?

M. Davis: Oui. Là où la modification a été apportée, et un projet majeur est en cours à Calgary, nous avons constaté certains résultats très positifs. C'est notre stratégie et l'orientation que nous avons prise.

Le Dr Vertesi: Il y a également certains projets en Colombie-Britannique. Quant à savoir s'ils sont une réussite, tout dépend des interlocuteurs. En règle générale, les personnes favorables au départ retiennent les éléments positifs. Il ne fait aucun doute que nous avons certaines réussites à notre actif, mais la question est à l'étude depuis un long moment.

We think of the United States as a place where the system is all free enterprise, but of course that is not true. The United States has a huge variety of different systems, all somehow coexisting. Depending on where you look, there are many systems in the U.S. that have tried this and have done a lot of research on it.

Looking at the meta-analyses of these trials, the consensus seems to be that when you make this kind of change to the way doctors are paid, sometimes there are efficiencies to be gained. Sometimes, certain patients get better service. However, it does not seem that there are any overall cost savings. The costs turn out to be the approximately the same.

The Chairman: Are you saying that regardless of the method of compensation of physicians in the primary care sector, the costs are the same, but the health of the patients may be significantly different?

Dr. Vertesi: Yes, depending on the sub-population you are looking at. There are rural populations and populations of people where the rate of HIV is high, so you have to look at each separate group, as it is not "one size fits all."

The Chairman: There may be reasons for changing the system beyond merely saving money; you may actually change it to help patients.

Dr. Vertesi: At a meeting I attended recently, the registrar of the College of Physicians and Surgeons of British Columbia maybe put it best when he talked about looking at ways of influencing physicians' behaviour. He commented that no matter what, 75 per cent of physicians try to do a good job and 25 per cent try to find a way to milk the system. If you change the rules, you will still find that 25 per cent trying to milk the system.

The Chairman: As we go on in this series of hearings, we will move into areas of funding and getting new money into the system. Everyone seems to agree, in some form or another, that a variety of new funding methods, or at least new funds, will be required for a number of things, including health information systems and technology.

We will need to look at what is the most effective method of doing that, and pick up on Ms Kenny's point about the fairest and most equitable way for individuals to contribute more to the health care system in the Canadian context.

Four weeks from today, we are holding another special session, where we will question experts from a wide variety of perspectives on the funding question. We want to lay out all the alternatives.

Nous voyons dans les États-Unis un pays où le système relève entièrement de l'entreprise privée, mais bien entendu, c'est faux. Aux États-Unis, on retrouve une énorme quantité de systèmes différents qui cohabitent tant bien que mal. Selon les endroits où vous portez le regard, il y a aux États-Unis de nombreux systèmes où on a fait des essais en ce sens et où on a effectué de nombreuses recherches.

Le consensus qui semble se dégager à l'examen des métaanalyses de ces essais est qu'il est parfois possible de réaliser des gains d'efficience en apportant ce genre de modification à la rémunération des médecins. Parfois, certains patients obtiennent des services de meilleure qualité. Cependant, rien ne semble faire état d'économies générales. Les coûts sont à peu près les mêmes.

Le président: Êtes-vous en train de nous dire que, indépendamment de la méthode de rémunération des médecins qui travaillent dans le secteur des soins primaires, les coûts demeurent les mêmes, tandis que les effets sur la santé des patients peuvent être sensiblement différents?

Le Dr Vertesi: Oui, selon la sous-population à l'étude. Il y a des populations rurales et des populations où le taux d'infection au VIH est élevé. Il faut donc étudier le cas de chaque groupe distinct. Tout n'entre pas dans le même moule.

Le président: Il y a peut-être d'autres raisons de modifier le système que le simple souci de réaliser des économies; en fait, on pourrait peut-être envisager de le transformer pour venir en aide aux patients.

Le Dr Vertesi: À l'occasion d'une réunion à laquelle j'assistais récemment, le registraire du collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique a eu, relativement aux moyens d'influer sur le comportement des médecins, le commentaire heureux suivant: peu importe ce qu'on fera, 75 p. 100 des médecins effectueront un bon travail, et 25 p. 100 d'entre eux tenteront d'exploiter le système à leur avantage. Si vous modifiez les règles, vous constaterez que les mêmes 25 p. 100 continueront d'exploiter le système.

Le président: Au fur et à mesure de la présente série d'audiences, nous allons nous intéresser aux questions touchant le financement et l'injection de nouveaux capitaux dans le système. Tout le monde semble d'accord pour dire qu'on aura besoin, sous une forme ou une autre, d'une diversité de nouvelles méthodes de financement, ou au moins de nouveaux capitaux, pour un certain nombre d'aspects, notamment les systèmes d'information sur la santé et la technologie.

Nous allons devoir étudier la meilleure méthode à utiliser pour y parvenir et revenir sur le point soulevé par Mme Kenny au sujet de la méthode la plus juste et la plus équitable pour permettre aux particuliers d'apporter une contribution plus grande au système de soins de santé au Canada.

Dans quatre semaines, nous allons tenir une autre séance spéciale, à l'occasion de laquelle nous entendrons des spécialistes d'horizons divers nous entretenir de la question du financement. Nous tenons à mettre toutes les solutions de rechange possibles sur la table.

The Chairman: I will now turn to Senator Robertson. For those who do not know, Senator Robertson, before being appointed to the Senate, was the Minister of Health in the Province of New Brunswick for many years.

Senator Robertson: With all these interesting people here, it is difficult to know where to start, because there are so many questions. We have expertise at the table of which one should take much advantage.

I think Mr. Lozon talked briefly about simplifying what we are doing so that the public can better understand.

My first question would be for all of you, but perhaps Mr. Lozon and Mr. Forget would start it off, as they mentioned these matters in their remarks.

The thrust of everyday politics has always been a curse. The issue is discussed under principle 2 in chapter 2 of the fifth report. I know it is regarded by several members of committee as one of the most important principles for us to look at.

I would like your views on the management of the health care system if it were transferred, as it was originally thought of, from current provincial health departments to provincial arm's-length agencies. How do we get around the political ramifications of that move, still keeping the political arm involved without having it interfere? It would be helpful to have a discussion on that issue.

We will have witnesses later in the week with whom I will also vigorously pursue this issue. It is frustrating. A government changes, and all the work goes down the drain, and then it gets back on track, and then the government changes again. It is a treadmill. It is wasteful and very frustrating for the patient.

I would like a further discussion on the public and private delivery of health care. The people with whom I speak on a regular basis do not seem to care how they get the medical services, as long as they get them. I would like to hear your thoughts on that.

We were off the patient-oriented issue, but one thing I really worry about is that given the way our system is structured now, we have almost removed the patients and their families from any involvement. We are "warehousing," as we all know, whether it is seniors in special care homes or wherever. There is no encouragement for the family to become or to stay involved. To make a silly comparison, if I cook dinner for my family every night, it is a lot better for them because I am a good cook, but it is also cheaper than dragging them out for dinner every night. We seem to have removed the interest of the family in helping, and somehow I believe we have to get it back. To add to that question, do you know of any jurisdictions internationally that are doing this successfully?

Le président: Je vais maintenant céder la parole au sénateur Robertson. Pour ceux d'entre vous qui l'ignoreraient, le sénateur Robertson, avant d'être nommée au Sénat, a agi comme ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick pendant de nombreuses années.

Le sénateur Robertson: Avec toutes les personnes intéressantes réunies ici, il est difficile de savoir par où commencer: il y a tant de questions à poser. Nous avons réuni autour de la table une expertise qu'il faut mettre à profit.

Je pense que c'est M. Lozon qui a évoqué brièvement la simplification de ce que nous faisons, de façon que les citoyens comprennent mieux.

Ma première question s'adresse à tous les témoins, mais peutêtre d'abord à M. Lozon et à M. Forget, qui y font référence dans leurs propos.

L'exercice du pouvoir au jour le jour a toujours été pénible. On évoque cette question dans le principe 2 du chapitre 2 du cinquième rapport. Je sais que certains membres du comité considèrent qu'il s'agit de l'un des principes les plus importants à analyser.

J'aimerais vous entendre sur la gestion du système de soins de santé si elle passait, comme on l'a d'abord envisagé, des ministères provinciaux de la santé à des organismes provinciaux autonomes. Comment contourner les écueils politiques d'une telle mesure, tout en permettant au pouvoir politique de continuer de jouer un rôle sans toutefois s'ingérer? Il serait intéressant que nous abordions cette question.

Plus tard cette semaine, nous allons entendre des témoins avec qui je désire également débattre vigoureusement de cette question. C'est frustrant. Il y a un changement de gouvernement, et tout le travail effectué... le travail reprend et le gouvernement change de nouveau. C'est un peu comme un tapis roulant. Il s'agit d'un gaspillage, frustrant pour le patient.

J'aimerais qu'on pousse plus loin l'analyse de la prestation des soins de santé par le secteur public par rapport au secteur privé. Les personnes à qui vous parlez régulièrement semblent se préoccuper assez peu de l'origine des services médicaux, à condition qu'ils en reçoivent. J'aimerais entendre vos réflexions à ce sujet.

Nous sommes quelque peu éloignés de la question des patients, mais l'une des choses qui me préoccupent, c'est que, dans notre système, tel qu'il existe aujourd'hui, nous avons pratiquement exclu les patients et leur famille de toute forme de participation. Nous «entreposons», comme nous le savons tous, les aînés dans des foyers de soins spéciaux, et ainsi de suite. On n'encourage nullement la famille à s'engager et à continuer de participer. Permettez-moi une comparaison boiteuse. Faire la cuisine pour ma famille tous les soirs constitue une meilleure solution non seulement parce que je suis bonne cuisinière, mais aussi parce que cette solution est moins coûteuse que de traîner tout le monde au restaurant tous les soirs. J'ai l'impression que nous avons découragé les familles d'apporter une aide, et je pense que nous

Mr. Forget: With regard to the political ramifications of setting up an arm's-length agency, first, I wonder if there is not a danger of overstating the obstacles to doing this in the current context. As I observe the fate of health ministers, and even deputy ministers, these are very exposed positions, which probably explains the high turnover. It is not as gratifying, for some reason, as it used to be. There might even be some relief for the political class in taking a more arm's-length role. Now, that is only a thought. It may not be sufficient.

In your recommendations, you suggest splitting off the evaluation role from the responsibility for service delivery, and certainly that provides a good way of working into a contractual arrangement with such an arm's-length organization, with sanctions for non-performance that would be based on evidence of failure, and the ability to remove the people from their positions and try to find more effective office holders.

You need a framework of accountability. These are public monies. There is no doubt that politicians, or our political institutions, to put it more broadly, should not walk away from health and say we have settled the problem once and for all. We need a contract or a statutory set of obligations targeted to sensitivity to patients' concerns, and there are ways of ensuring this is monitored, measured and evaluated. A series of performance requirements would not be very different from the performance requirements that some institutions in this country have developed for themselves. Monitoring those regularly would provide a sufficient basis to pass judgment from time to time, annually or somewhat less frequently, as the need may be.

I think that the politicians could feel that they are in charge. They could always modify legislation that affects entitlements and so on. It is not beyond our imagination to devise a set of obligations, constraints and controls that, in essence, keep the politicians as the masters, but prevent the micro-management on a huge scale that we see today and the lack of continuity that is so damaging.

On the question of public and private delivery of health care, I assume that you really mean delivery as opposed to financing. My point about managers having space to manage would certainly apply to that. The question of doing something yourself or contracting someone to do it is a management issue. It does not raise any fundamental question of entitlement or fairness as it applies to categories of beneficiaries. It is just a question of what works best in one circumstance or another, and that should not be specified by the system, but left to managers to decide. That is one of the options they might have to choose. If they had the power to

devons trouver un moyen de faire marche arrière dans ce domaine. Dans le même ordre d'idées, connaissez-vous d'autres pays du monde où on agit ainsi avec succès?

M. Forget: En ce qui concerne les écueils politiques à contourner pour créer un organisme autonome, je me demande d'abord si on n'a pas tendance à exagérer l'importance des obstacles à une telle mesure dans le contexte actuel. À titre d'observateur du destin des ministres de la Santé et même des sous-ministres, je me rends compte qu'il s'agit d'un poste très vulnérable, ce qui explique probablement le haut taux de roulement. Pour une raison ou pour une autre, le poste n'est plus aussi gratifiant qu'autrefois. L'établissement d'un organisme autonome pourrait peut-être même procurer un certain soulagement à la classe politique. Il s'agit simplement d'une réflexion. Ce n'est peut-être pas suffisant.

Dans vos recommandations, vous proposez de dissocier l'évaluation de la responsabilité de la prestation des services, ce qui constituerait à coup sûr un bon point de départ pour l'établissement d'un contrat contractuel avec un tel organisme autonome. En cas de rendement insuffisant établi à partir d'un constat d'échec, on pourrait imposer des sanctions. En outre, il serait possible de remercier les responsables et de chercher de nouveaux candidats plus efficaces.

On doit définir un cadre de responsabilité. Il est ici question de fonds publics. Il ne fait aucun doute que les politiciens ou, de façon plus générale, nos institutions politiques ne devraient pas se retirer du domaine de la santé et se dire qu'ils ont réglé leur problème une fois pour toutes. Nous devons établir un contrat ou une série d'obligations contraignantes axées sur le respect des préoccupations des patients, et il existe des moyens de veiller à ce que cela soit surveillé, mesuré et évalué. De tels critères de rendement ne seraient pas si différents de ceux que certains établissements du pays ont élaborés pour eux-mêmes. Des contrôles périodiques permettraient de porter un jugement de temps à autre, chaque année ou moins fréquemment, au besoin.

Je pense que les politiciens n'en auraient pas moins l'impression d'être aux commandes. Ils auraient toujours la possibilité de modifier les dispositions législatives influant sur les allocations, et ainsi de suite. Il n'est pas inconcevable de penser qu'on puisse mettre au point une série d'obligations, de contraintes et de contrôles qui, essentiellement, feraient en sorte que les politiciens resteraient aux commandes, mais en même temps, éviteraient la microgestion à une échelle colossale dont nous sommes aujourd'hui témoins et l'absence de continuité, dont les conséquences sont si dommageables.

En ce qui concerne la prestation des soins de santé par les secteurs public et privé, je tiens pour acquis que vous voulez vraiment parler de la prestation, et non du financement. Le point que j'ai soulevé à propos de la nécessité de permettre aux gestionnaires de gérer trouve assurément une application ici. Décider de faire une chose soi-même ou de la confier à quelqu'un d'autre constitue indubitablement une question de gestion. Cela ne soulève aucun problème fondamental relatif au droit ou à l'équité, en rapport avec diverses catégories de bénéficiaires. La question est tout simplement de savoir ce qui fonctionne le mieux

choose it, it would enhance their authority. By denying choice to managers, you reduce their role to that of executors and not real managers.

On the question of patient and family involvement, I do not see this as a problem in short acute care episodes. If the family exists, and sometimes, as we know, it does not, and there is an acute episode, unless it is a very strange family, it does get involved. It is a crisis, and is perceived as such. It is of short duration, which perhaps facilitates involvement, because after all, life goes on.

Long-term care is all too often an all-or-nothing proposition, and if it is institutional, then the family can easily lose interest, and if it is nothing, you can literally kill the family with the burden that they have to bear. There must be ways of blending this approach, and indeed there are. Home care, respite services and so on are all pertinent to this issue. However, I am not a specialist in this area.

The Chairman: I wonder if Mr. Lozon and Jack Davis, both of whom are managers, would care to respond to this point.

Mr. Lozon: I will try to frame my response in the context of Senator Robertson's questions.

When I talk about an arm's-length agency and the capacity to manage, that does not imply that the role of the Minister of Health in health policy is marginal or superfluous, particularly because in my scheme of things, the setting of provincial health goals would continue to reside with the ministers, who may have whatever processes they think are required to develop those goals.

In my opening remarks, I mentioned that a care guarantee could very well be the legitimate outcome of a minister's thinking about the matter. I am suggesting that the capacity of ministers to actually organize and deliver the health care system is marginal at best. They do not have the ability — I do not mean that individually but institutionally — to organize the system on a continuous, progressive basis or to reorganize the system, as may be required, based on a whole series of new demographic and technological imperatives.

A body such as an Ontario health services corporation or Ontario health services commission would be one possibility. One of the most cogent comments made during our period of intense restructuring, which was from 1996 to 1998, came from one of the elected politicians, who said that the government wore every change made by the Ontario Health Services Restructuring Commission, but they could never have made most of the

dans tel ou tel cas. Or, ce sont les gestionnaires, et non le système, qui devraient en décider. C'est l'une des options qu'ils pourraient avoir à choisir. La liberté de choix contribuerait au renforcement de leur autorité. En privant les gestionnaires de la liberté de choisir, on réduit leur rôle à celui d'exécutants, et non de gestionnaires à part entière.

En ce qui concerne la question des patients et de la participation des familles, je ne vois pas de problème lorsqu'on a affaire à de brefs épisodes de soins actifs. S'il y a une famille — parfois, comme nous le savons, il n'y en a pas — et qu'un épisode de soins actifs survient, la famille participe, à moins qu'il ne s'agisse d'un groupe de personnes fort étranges. Il s'agit d'une crise, considérée comme telle. Elle est de courte durée, ce qui facilite peut-être la participation, puisque, après tout, la vie se poursuit.

En ce qui concerne les soins de longue durée, on a trop souvent affaire à une proposition manichéenne. Si la personne est hospitalisée, la famille risque de perdre tout intérêt; si aucun service n'est offert, la famille risque d'éclater sous le poids des soins à prodiguer. Il doit bien y avoir des solutions qui permettent de marier ces deux approches. De fait, il en existe. Les soins à domicile, les services de relève et ainsi de suite sont tous pertinents dans ce contexte. Cependant, je ne suis pas un spécialiste du domaine.

Le président: Je me demande si M. Lozon et Jack Davis, qui sont tous deux gestionnaires, aimeraient dire un mot à ce sujet.

M. Lozon: Je vais tenter de formuler ma réponse en tenant compte de paramètres définis par le sénateur Robertson dans ses questions.

En parlant d'un organisme autonome et de la capacité de gérer, je ne voulais pas laisser entendre que le rôle joué par le ministre de la Santé dans le domaine de la politique de la santé est marginal ou superflu, surtout que, selon ma conception des choses, les ministres demeureraient responsables de l'établissement des objectifs provinciaux dans le domaine de la santé. Pour que ces objectifs soient atteints, les ministres pourraient recourir à tel ou tel processus.

Dans mes propos liminaires, j'ai indiqué que des garanties de soins pourraient très bien constituer l'aboutissement légitime de la réflexion d'un ministre à ce propos. Ce que je dis, c'est que la capacité des ministres d'organiser et d'administrer le système de soins de santé est au mieux marginale. Ils n'ont pas la capacité — je fais référence non pas aux personnes, mais aux institutions — d'organiser le système d'une façon continue et progressive ni de réorganiser, selon le cas, à la lumière de toute une série de nouveaux impératifs démographiques et technologiques.

On pourrait envisager la mise sur pied d'un organisme comme la société ou la commission des services de santé de l'Ontario. On doit à un politicien élu l'un des commentaires les plus prégnants formulés à l'occasion de la période de restructuration la plus intense, soit de 1996 à 1998. En effet, ce dernier a déclaré que le gouvernement assumait la responsabilité de toutes les modifications apportées par la Commission de restructuration

changes themselves. Although that may seem somewhat contradictory, there is a very real set of constraints on elected officials.

One could see an Ontario Health Services Commission as the actual purchaser of a series of services from institutional or community-based providers. The government may end up being the evaluator of how well that system works and the long-term goal setter. That is some further elaboration around that issue.

There is no question in my mind that, over the last seven or eight years, as health care has become increasingly the most important issue facing Canadians, the natural inclination of governments is to get more involved. Their natural process is: If we have a problem with emergency department access, we will move in and manage that access; if we have problems with extensive waiting lists in cancer care, we will move in and manage the waiting list issue, et cetera.

Governments are reasonably blunt instruments, in that they can either fund or not fund; they can regulate or not regulate. However, they have neither the capacity nor, regrettably, the expertise to actually manage the system. Ultimately, they have choked the management of the system. I am not suggesting that the management of the system is totally pristine. Hospitals have budget overruns and sometimes do not manage their affairs; doctors may prescribe more than they are required to — those types of things occur. The fact is that there is not much management in the system, and it is declining. It is more government management, which is dictated or heavily influenced by departments of finance, premiers' offices or cabinet offices.

It is not an exaggeration to suggest that health care policy may actually be set in the premier's office, as opposed to in the office of the Minister of Health. The question is not whether the Minister of Health's office should set health care policy, but whether it should have a continuing role in the organization and management of the system.

The Chairman: If I look at the evolution of the federal Department of Transport over the last 25 years, when I first came here it ran airports, harbours and all kinds of things. Now the Department of Transport is essentially a policy department. Airports and harbours have been spun off, VIA Rail is now a separate Crown corporation and so on. The policy and safety controls rest with the Ministry of Transport, but none of the operational parts. Is that a correct analogy?

If I am right, in addition to "letting the managers manage" — which was the phrase 10 to 15 years ago — it would also mean a significant downsizing of the number of people in the provincial departments of health. You would not need them. Are both those conclusions correct?

des services de santé, mais qu'il n'aurait pu lui-même apporter la majorité des changements en question. Cela peut paraître contradictoire, mais les représentants élus font face à des contraintes très réelles.

On pourrait voir dans la Commission des services de santé de l'Ontario l'acheteur effectif d'une série de services auprès de fournisseurs communautaires ou institutionnels. Au bout du compte, le gouvernement aura probablement pour tâche de fixer des objectifs à long terme et d'évaluer la mesure dans laquelle le système fonctionne. C'était donc une certaine réflexion additionnelle sur cette question.

Dans mon esprit, il ne fait aucun doute que, au cours des sept ou huit dernières années, le penchant naturel du gouvernement, au moment où la santé s'est de plus en plus imposée à titre de principal problème auquel les Canadiens sont confrontés, a été de s'engager plus avant. Son inclination naturelle est la suivante: si l'accès aux salles d'urgence pose problème, nous allons intervenir et gérer l'accès; si les listes d'attente dans le domaine du traitement du cancer se prolongent, nous allons intervenir et gérer le problème des listes d'attente, et cetera.

Les gouvernements sont des instruments relativement peu nuancés, en ce sens qu'ils peuvent financer ou non, réglementer ou non. Cependant, ils n'ont ni la capacité, ni, malheureusement, l'expertise voulue pour administrer effectivement le système. Au bout du compte, ils ont enrayé l'administration du système. Je ne voudrais surtout pas laisser croire que les administrateurs du système sont irréprochables. Les hôpitaux dépassent leur budget et, dans certains cas, n'administrent pas leurs affaires; certains médecins prescrivent plus que de raison — ce genre de problème existe. Le fait est que l'administration du système est limitée et en perte de vitesse. De plus en plus, c'est le gouvernement qui administre, les ministères des Finances, les cabinets des premiers ministres ou les bureaux du Cabinet dictant les orientations ou exerçant une influence massive.

Il ne serait pas exagéré d'affirmer que la politique de la santé est définie dans le cabinet du premier ministre, plutôt que dans celui du ministre de la Santé. La question est non pas de savoir si c'est le cabinet du ministre de la Santé qui devrait définir la politique de la santé, mais bien plutôt s'il devrait jouer un rôle soutenu dans l'organisation et l'administration du système.

Le président: Observons l'évolution du ministère fédéral des Transports. Il y a plus de 25 ans, lorsque je suis arrivé ici, le ministère exploitait les aéroports, des ports et ce genre de choses. Aujourd'hui, le ministère des Transports est essentiellement un ministère à vocation stratégique. Il a cédé la responsabilité de l'administration des aéroports et des ports, Via Rail constitue maintenant une société d'État distincte, et ainsi de suite. La politique et la sécurité relèvent du ministre des Transports, mais pas les aspects opérationnels. Est-ce une bonne analogie?

Si j'ai raison, en plus de laisser aux gestionnaires le soin de gérer — c'est l'expression qu'on utilisait il y a 10 à 15 ans —, on devrait réduire considérablement le nombre de fonctionnaires à l'œuvre dans les ministères provinciaux de la Santé. On n'aurait plus besoin d'eux. Les deux conclusions sont-elles exactes?

Mr. Lozon: Yes. One of the real ironies of the system is that most of the expertise in the health care system is not in the ministries of health. Most of the expertise resides amongst the provider community, et cetera. In effect, you could create not only a smaller entity, but also a more expert one.

Senator Morin: I would be interested to hear the comments of Mr. Davis. Mr. Lozon is recommending an arm's-length board that would actually manage health care. Ontario does not have the regional authorities that some other provinces have. I do not think you are going down that avenue, and I know you believe that there is no evidence that regional authorities have increased the efficiency of the system. What about a province with regional authorities — I look forward to hearing what Mr. Davis has to say about that — where the authority and responsibility is actually decentralized? Do you still need a board of that type?

Mr. Lozon: I will let Mr. Davis answer that. You could, because — Alberta might not be the right example — in British Columbia, for example, patients could decide whether they wanted to go to the Vancouver Coastal Health Authority or the Fraser Health Authority, after considering questions of access, quality and that type of thing. A purchaser at a provincial level would purchase services from those particular regional authorities. One comment I would make about Ontario is that it would be much easier to set up regions if it were done by a provincial health authority rather than by the Minister of Health.

The Chairman: Since everyone is commenting on how regional authorities work, and since you run one of the biggest in the country, Mr. Davis, go ahead.

Mr. Davis: I agree with much of what Mr. Lozon has said, but with a couple of caveats. In Alberta in the early 1990s, when the government entered into its major restructuring under Premier Klein, it was part of a fundamental rethink of the role of government and it boiled down to some very straightforward, not too simple items. Government's role was seen to be that of legislating, setting policy, allocating resources, measuring performance and reporting to the public. Clearly, under those broad categories, the role of ministries of health is to set policy and standards. Mr. Lozon talked about health goals as a government responsibility.

However, government has to have some responsibility on the resource side, and this is where it gets a little tricky. While government has a role in the macro allocation of resources, in my view, it would be preferable to make the allocation decisions more systematic and organized and provide a buffer between that process and the government. To some extent, the population funding system in Alberta does provide for a more non-politicized

M. Lozon: Oui. L'une des véritables ironies du système, c'est que l'essentiel de l'expertise dans le système de soins de santé ne se trouve pas dans les ministères de la Santé. En fait, ce sont plutôt les fournisseurs et autres intervenants qui la possèdent. Dans les faits, on créerait non seulement une entité plus petite, mais aussi une entité plus spécialisée.

Le sénateur Morin: J'aimerais entendre les commentaires de M. Davis. M. Lozon recommande la mise sur pied d'un organisme autonome qui aurait dans les faits pour mandat d'administrer les soins de santé. L'Ontario ne possède pas les régies régionales dont sont dotées d'autres provinces. À ma connaissance, la province ne s'engage pas dans cette voie, et je sais que, à votre avis, rien ne prouve que les régies régionales aient contribué à l'amélioration de l'efficience du système. Qu'arriverait-il dans le cas d'une province dotée de régies régionales — j'attends avec impatience d'entendre M. Davis à ce sujet — où les pouvoirs et les responsabilités seraient effectivement décentralisés? A-t-on toujours besoin d'un organisme de cette nature?

M. Lozon: Je vais laisser à M. Davis le soin de répondre. C'est possible, parce que — l'Alberta n'est peut-être pas l'exemple qui convient — en Colombie-Britannique, par exemple, les patients pourraient décider de s'adresser à la régie de la santé de Vancouver ou à celle de la vallée du Fraser, après avoir examiné les questions relatives à l'accès, à la qualité et le reste. Au niveau provincial, un acheteur de services s'approvisionnerait auprès de ces régies régionales. En ce qui concerne l'Ontario, il serait beaucoup plus facile de constituer les régions si le travail était effectué par une régie provinciale de la santé plutôt que par le ministère de la Santé.

Le président: Puisque chacun se prononce sur le fonctionnement des régies régionales et que vous dirigez l'une des plus importantes au pays, je vous invite, monsieur Davis, à nous faire part de vos commentaires.

M. Davis: Je suis d'accord avec bon nombre d'affirmations de M. Lozon, mais je tiens à faire deux ou trois mises en garde. En Alberta, au début des années 90, lorsque le gouvernement a entrepris sa restructuration majeure sous la gouverne du premier ministre Klein, la démarche s'est inscrite dans une redéfinition fondamentale du rôle du gouvernement, ramenée à certains éléments très directs et pas aussi simples qu'il paraît. Ainsi, on en est venu à la conclusion que le gouvernement avait pour rôle de légiférer, d'établir des politiques, d'allouer des ressources, de mesurer le rendement et de rendre des comptes au public. De toute évidence, dans le cadre de ces grandes catégories, les ministres de la Santé ont pour rôle d'établir la politique et les normes. M. Lozon a affirmé que les objectifs en santé relevaient de la responsabilité du gouvernement.

Cependant, le gouvernement a certaines responsabilités du point de vue des ressources, et c'est là que les choses se corsent un peu. S'il est vrai que le gouvernement a un rôle à jouer dans la macro-allocation des ressources, il serait préférable, à mon avis, de prendre les décisions touchant les allocations de façon plus systématique et structurée et établir une sorte de zone-tampon entre cette procédure et le gouvernement. Jusqu'à un certain

way of allocating resources. I would not have a problem with some of the resources being allocated by an arm's-length commission or body, because that makes some sense. Measuring performance clearly should be done by an arm's length, credible organization.

The Chairman: Nationally?

Mr. Davis: It could be done nationally, regionally or provincially. The key is that it cannot be done politically. I do not think that is difficult to set up.

The Chairman: The only reason I have favoured a national one is that the cost to the smaller provinces of operating their own evaluation system would be a high, or it would be a poor evaluation. It seems to me that running it nationally would provide real economies of scale.

Mr. Davis: My 20-second comment is that I would be careful about setting up a national commission. I think a national "virtual" commission, drawing from the various regions, would make sense. You have to be careful not to create a system that is too big or bureaucratic.

Reporting to the public can be done through data from arm's-length organizations, but ultimately, it is the government that has to report. I would be careful about setting up a single, integrated commission to oversee the management, resource allocation and performance of the system. That has the potential to become a large, bureaucratic instrument — a political organization. These things have not generally worked well in the transportation area, or other areas where we tried to centralize everything in one regulatory body.

We do not want to inhibit local innovation and we do not want a situation whereby we have to consult with the commission on almost every decision. Eventually, because of the pressures in the health care system, the tendency would be to delegate upwardly. It is not just the fault of ministers and premiers; the system loves to give the problems of regional health authorities to the government and declare, "These are your problems, not ours. Give us more money to do this and to do that and all will be fine."

I would say that a regionalized system does give you more opportunity to manage and allocate your resources, pick priorities and move away from merely managing the sickness care side of the business, which is the most regulated side. I talked about communication, information to the public and wellness. There is much action in the non-regulated part of the health care community that needs to be integrated into and managed within the overall health care system. There is no easy answer, but generally, I believe that depoliticizing the day-to-day side of the

point, le régime de financement en fonction de la population utilisé en Alberta permet une allocation des ressources moins politisée. Je ne verrais pas d'un mauvais œil que certaines des ressources soient allouées par une commission ou un organisme autonome, parce que cela se justifie en partie. De toute évidence, c'est un organisme crédible et autonome qui devrait se charger de la mesure du rendement.

Le président: Au niveau national?

M. Davis: Au niveau national, régional ou provincial. L'essentiel, c'est qu'il n'y ait pas d'ingérence politique. Je ne crois pas que ce serait difficile à organiser.

Le président: Si je préconise un organisme national, c'est uniquement parce que, pour les provinces plus petites, les coûts d'exploitation d'un système d'évaluation seraient élevés, ou alors l'évaluation serait de mauvaise qualité. Il me semble qu'on pourrait réaliser de réelles économies d'échelle en procédant au niveau national.

M. Davis: Très brièvement, je précise qu'on devrait faire preuve de beaucoup de prudence avant de créer une commission nationale. Je pense qu'une commission «virtuelle», à laquelle participeraient les diverses régions, se justifierait. Il faut éviter de créer un système trop lourd ou bureaucratique.

Pour rendre des comptes au public, on pourrait utiliser des données émanant d'organismes autonomes, mais, en dernière analyse, c'est le gouvernement qui doit rendre des comptes. Pour ma part, j'hésiterais avant de créer une commission unique et intégrée chargée de superviser la gestion, l'allocation des ressources et l'évaluation du rendement du système. Une telle commission risquerait de devenir un lourd instrument bureaucratique — un organisme politique. Dans le domaine des transports et dans d'autres domaines où nous avons tenté de tout centraliser à l'intérieur d'un seul et même organisme de réglementation, les résultats n'ont généralement pas été convaincants.

Nous devons éviter de freiner l'innovation au niveau local, et nous devons également éviter de créer une dynamique en vertu de laquelle on doit consulter la commission avant de prendre toutes les décisions, ou presque. Tôt ou tard, en raison des pressions qui s'exercent sur le système de soins de santé, on aura tendance à déléguer suivant une dynamique ascendante. Les ministres et les premiers ministres ne sont pas les seuls à blâmer; le système se plaît à refiler les problèmes des régies régionales de la santé au gouvernement en disant: «Ce sont vos problèmes, pas les nôtres. Donnez-nous plus d'argent pour faire ceci et cela, et tout ira bien».

Je dirais qu'un système régionalisé confère plus de possibilités au chapitre de la gestion et de l'allocation des ressources, de l'établissement des priorités et de la gestion pure et simple du volet et des activités axées sur la maladie, soit l'aspect le plus réglementé. J'ai fait allusion à la communication, à l'information du public et au bien-être. Bon nombre d'interventions liées au volet non réglementé des soins de santé doivent être intégrées au système de soins de santé général et administré dans ce contexte. Il n'y a pas de réponse facile, mais,

system is crucial. There are several different approaches to that, although no one has the right balance entirely figured out. You could be breaking some new ground with your recommendations.

Mr. Scott: With this comment, I give up any possibility of ever claiming the role of "philosopher king."

I concur with Mr. Lozon's comments, notwithstanding my comments at the beginning, as long as it is clear that policy remains in the hands of the ministry. We would certainly be far better off at the provincial level, and I am heavily influenced by Ontario, of course. I believe it would lead to a much better operation in the medium term, and perhaps in a longer term of 10 years.

This is where I blow away all my claims to broad philosophical concepts. I want to do it because I do not believe there is a "silver bullet" for most of these situations. One of the ways to eliminate a mess is to come up with a new structure. That structure may, in 10 years' time, be another mess, so you revert to the structure you had 10 years earlier. That is the philosophy that is driving my thinking in this matter.

Mr. Lozon's description of Ontario is absolutely correct. Most of the very experienced people are outside the Ministry of Health, and I do not think this is unique to Ontario. If you look across the country, you see that there are extremely well paid professionals in the health care system. That level of pay is not reflected in the public service. Over the years, you encourage people to leave the public service to participate in other aspects of the system.

As far as I am concerned, that is unfortunate. Establishing a new administration would create an opportunity to correct some of these mistakes and develop a more coordinated approach.

Mr. Lozon referred to the former Health Services Restructuring Commission. It attracted some good people. It took a comprehensive view, because it was new and at arm's length. The problem was, and still is, that the ministry has not been geared to taking a comprehensive view because of its many sub-departments. While the people are high-quality, hard workers, there is no one pressure that pulls them together into a coordinated team to address the broad, interconnected aspects of health policy. For that reason, a strong case can be made that an arm's-length authority would make a great deal of sense in the current situation.

I will quickly deal with the other questions that Senator Robertson raised. I also believe there is no silver bullet as it relates to the public/private debate. To me, the only issue is to ensure that we do not close the door purely for philosophical reasons. I suspect that in many cases, the private option will be more

en règle générale, j'estime que la dépolitisation de l'administration au jour le jour du système est cruciale. Il existe pour ce faire quelques approches, même si personne n'a encore établi l'équilibre qui convient. Vous pourrez peut-être réaliser certaines percées dans ce domaine à l'aide de vos recommandations.

M. Scott: Sur ce, je renonce à la possibilité de revendiquer un jour le titre de «roi philosophe».

Je suis d'accord avec les commentaires de M. Lozon, malgré ce que j'ai dit au début, à condition qu'on établisse clairement que la politique demeure du ressort du ministère. Au niveau provincial, nous nous tirerions nettement mieux d'affaire, et je suis bien sûr lourdement influencé par l'Ontario. Je pense qu'il en résulterait un bien meilleur fonctionnement à moyen terme et peut-être à plus long terme, dans un horizon de dix ans.

Voilà où je mets aux rebuts tous mes énoncés de grandes notions philosophiques. Si j'agis de la sorte, c'est parce que je ne crois pas à l'existence d'une panacée qui permet de régler la plupart de ces problèmes. L'une des solutions qui s'offrent à nous pour réparer un gâchis consiste à mettre au point une nouvelle structure. Cette structure, dans dix ans, sera peut-être elle-même un gâchis: on en reviendra alors à la structure en vigueur dix ans auparavant. C'est la philosophie qui motive ma réflexion à ce sujet.

La description faite de l'Ontario par M. Lozon est absolument juste. La plupart des personnes d'expérience se trouvent à l'extérieur du ministère de la Santé, et je ne crois pas que cette situation soit propre à l'Ontario. Examinez ce qui se passe partout au pays, et vous allez constater que le système de soins de santé compte des professionnels extrêmement bien rémunérés. On ne retrouve pas un niveau de rémunération comparable dans la fonction publique. Au fil des ans, on incite les intéressés à quitter la fonction publique pour aller travailler dans d'autres secteurs du système.

En ce qui me concerne, cette situation est malheureuse. La création d'une nouvelle administration permettrait de corriger certaines de ces erreurs et de mettre au point une approche mieux concertée.

M. Lozon a fait allusion à l'ancienne Commission de restructuration des services de santé. Elle a attiré certains intervenants valables. Nouvelle et autonome, l'organisation a adopté un point de vue exhaustif. Le problème a été et demeure que le ministère, en raison de ses nombreuses subdivisions, n'a pu adopter lui aussi un point de vue exhaustif. Même si le ministère mise sur des employés de qualité qui ne ménagent pas leurs efforts, rien n'oblige ces derniers à se regrouper au sein d'équipes concertées afin de s'attaquer à des aspects généraux et interreliés à la politique de la santé. Pour cette raison, il est tout à fait permis de penser qu'un organisme autonome se justifierait pleinement dans le contexte actuel.

Je vais maintenant répondre brièvement aux autres questions posées par le sénateur Robertson. Je suis moi aussi convaincu qu'il n'y a pas de réponse miracle au débat entre le public et le privé. Tout ce qui compte, à mes yeux, c'est de ne pas fermer la porte uniquement pour des motifs philosophiques. Dans de relevant in the large centres and not at all relevant in the small centres. However, I do not want to prejudge. Rather, I want to keep that door open, so we can look at how a public system can ensure that every aspect is handled as efficiently as possible and that the money is spent as directly as possible on patient care.

As for patients' families, the real crisis is in the chronic care of patients with acute episodes of illness, of which cancer is probably the most common. Some useful experiments are underway in a number of the cancer centres in Ontario at the moment whereby the patient is assigned a dedicated nurse. That nurse is available to the patient and to the family, on a 24-hour basis, to provide options, advice, et cetera. However, the system is far from where it should be, and there is no question that we need to make a major investment in this area. A very sick patient with an unclear view of the treatment options can create other sick people in the same family because of the pressures. This issue needs to be addressed.

The Chairman: That intrigues me. Is there anyone who can talk to us about how that system could work? I am intrigued by the notion of a nurse dedicated to a particular patient on a 24-hour basis. Could you suggest the name of someone who could appear before the committee to tell us how that experiment is progressing?

Mr. Davis: We can give you some evidence on it, but it is still early. The best non-empirical evidence is the reaction of patients and their families when it works.

The Chairman: That is good evidence.

Senator Robertson: Mr. Scott, as we know, when an illness strikes a family, it is usually the female who takes on most of the work. She may often have been the second earner before the illness, especially in low-income and medium-income families.

Once the patient was professionally diagnosed, perhaps a federal program could help that person stay in the home. Would a small stipend help to compensate for the needed help that could allow the patient to remain at home for longer? That could make it possible for the family to be more involved with either the mother or another family member staying at home. A small stipend could provide some relief to such a family. Is there any possibility of that, rather than just bringing in a designated nurse who would still have to call to keep the family involved? It seems to me that would be an opportunity for real savings, but not at the expense of the health of the patient.

Dr. Vertesi: One of the fascinating things about health care is that it is almost impossible to stay on topic, because if you talk about one part, inevitably you will wind up somewhere else. That

nombreux cas, me semble-t-il, le recours au privé sera plus pertinent dans les grands centres; il ne le sera pas du tout dans les petits centres. Cependant, je ne veux pas porter de jugement hâtif. Je préfère garder la porte ouverte: nous pouvons ainsi étudier comment assurer la plus grande efficience possible dans un système public et faire en sorte que l'argent soit dépensé le plus directement possible pour les soins aux patients.

Quant aux familles des patients, c'est dans les soins aux malades chroniques aux prises avec des épisodes aigus que les véritables crises arrivent. Les plus fréquentes ont sans doute trait au cancer. Dans un certain nombre de centres de cancérologie de l'Ontario, certaines expériences utiles sont actuellement en cours. En fait, on confie le soin d'un patient à une infirmière. Cette dernière est à la disposition du patient et de sa famille, 24 heures par jour, que ce soit pour leur fournir des options, des conseils ou le reste. Cependant, le système est loin d'être parfait, et il ne fait aucun doute qu'on devra consentir des investissements majeurs dans ce domaine. Un patient très malade n'ayant pas une idée claire des possibilités de traitement qui s'offrent à lui peut, à cause des pressions, faire de nouveaux malades dans sa famille. On doit s'attaquer à ce problème.

Le président: Vos propos m'intriguent. Quelqu'un peut-il nous dire comment un tel système fonctionnerait? L'idée d'une infirmière à la disposition d'un patient 24 heures par jour pique ma curiosité. Pourriez-vous suggérer le nom d'une personne que nous pourrions inviter à comparaître devant le comité pour rendre compte de l'état d'avancement de l'expérience?

M. Davis: Je peux vous fournir certains renseignements à ce sujet, mais nous en sommes toujours aux premiers balbutiements. Lorsque tout fonctionne, c'est la réaction des patients et les membres de leur famille qui fournit les meilleures données non empiriques.

Le président: Ce sont de bonnes données.

Le sénateur Robertson: Monsieur Scott, comme vous le savez, ce sont habituellement les femmes qui, lorsqu'une famille est frappée par la maladie, assument le gros des responsabilités. Avant la maladie, ce sont souvent les femmes qui agissaient comme deuxième pourvoyeur, en particulier dans les familles à faible revenu et à revenu moyen.

Une fois que le patient a fait l'objet d'un diagnostic professionnel, peut-être un programme fédéral pourrait-il aider cette personne à rester à la maison. Un petit dédommagement permettrait-il d'assumer les coûts des services d'aide dont le patient a besoin pour rester à la maison pendant plus longtemps? Ainsi, la famille pourrait jouer un rôle plus poussé, la mère ou un autre membre de la famille restant à la maison. Un petit dédommagement pourrait procurer un certain soulagement à une telle famille. Est-ce une possibilité qu'on pourrait envisager au lieu de faire intervenir une infirmière qui devrait malgré tout s'efforcer de préserver la participation de la famille? Il me semble qu'une telle mesure constituerait une excellente occasion d'économie, mais pas au détriment de la santé du patient.

Le Dr Vertesi: L'un des aspects fascinants du débat sur les soins de santé, c'est qu'il est presque impossible de digresser parce que, discutant d'une partie, on se retrouve inévitablement dans une is natural, as these things are interrelated. It is like a chain of dominoes; if you push at one part, the effect will be felt elsewhere. This particular topic of why we are not operating at arm's length is an excellent example of that.

What Mr. Davis was saying about the role of government as the evaluator, designer and maintainer of overall objectives is correct. No one would disagree with that. Yet, there is an inherent conflict of interest in being the auditor and acting as a public advocate while managing the system itself.

Why does the obvious not happen? Why do governments not move to an arm's-length relationship, concentrate on what they are really set up to do and let the management be handled by someone with the expertise to do it? It is a great mystery.

I will suggest a reason, and it is my own theory. The present funding model for acute care is so labour intensive and requires much government management, because otherwise, the lid seems to want to come off. The government is sucked into micromanaging these affairs and cannot get out of it.

Why is that the case? It is largely because we are using an archaic funding model. I suggest that the global funding mechanisms that all of us use do not work, and that they are highly bureaucratically intensive. They are historically pegged, so change is almost impossible because you are looking at what happened last year. They cannot accommodate changes in population or management style.

This is a mouthful for governments to swallow. To move away from global budgets to a more service-based system will be a leap of faith because global budgets are designed to control costs.

What is the problem? Global budgets are effective in controlling costs only on a short-term basis. On a long-term basis, they lay the groundwork for many other problems. In fact, they are now consuming more money than ever.

However, in the short term, as soon as you abandon global budgeting, there will be an increase in utilization and cost. It is this short-term spectre of rising costs and the uncertainty about control that keep government in the micromanagement field, instead of in management, where they should be. We will have to get our heads around this. There are ways to control costs outside the global budget system, but they are not tested and governments are afraid to make that leap.

Dr. Kenny: I would like to return to Senator Robertson's comments about the family and incentives for their involvement, and the appropriate balance between family caregivers and professional caregivers.

autre. C'est naturel, puisque toutes ces questions sont interreliées. Un peu comme une chaîne de dominos: il suffit de toucher une pièce pour que l'effet se fasse sentir ailleurs. La question de savoir pourquoi nous ne fonctionnons pas de façon autonome en est une excellente illustration.

Ce que dit M. Davis au sujet du rôle du gouvernement en tant qu'évaluateur, concepteur et gardien des objectifs généraux est juste. Nul ne peut en disconvenir. Pourtant, le fait d'agir comme vérificateur et défenseur des intérêts du public tout en administrant le système lui-même constitue en soi un conflit d'intérêts.

Pourquoi ne mettons pas en application la solution qui s'impose d'elle-même? Pourquoi le gouvernement ne s'oriente-t-il pas vers des relations fondées sur l'autonomie en se concentrant sur s'il est vraiment en mesure de le faire et en laissant à des spécialistes le soin d'assurer l'administration? C'est un grand mystère.

Je vais avancer une raison, qui s'appuie sur une théorie personnelle. Le modèle de financement actuel se caractérise par des exigences élevées en ce qui concerne la main-d'œuvre et l'administration gouvernementale puisque, dans le cas contraire, le couvercle risquerait de sauter. Le gouvernement est aspiré par la microgestion des activités et ne semble pas en mesure de se dépêtrer.

Pourquoi? Parce que nous avons recours à un modèle de financement archaïque. À mon avis, les mécanismes de financement global que nous utilisons tous ne fonctionnent pas en plus d'être lourdement bureaucratiques. Ils sont ancrés dans la tradition. Il est donc pratiquement impossible d'apporter des changements parce qu'on se fie invariablement à ce qui est arrivé l'année d'avant. Ces modèles ne se prêtent ni aux fluctuations démographiques, ni à l'adoption de nouveaux styles de gestion.

Pour les gouvernements, la marche est haute. Passer des budgets globaux à un système davantage axé sur les services exigera un acte de foi parce que les budgets globaux sont conçus pour permettre le contrôle des coûts.

Quel est donc le problème? Les budgets globaux ne permettent de contrôler les coûts qu'à court terme. À long terme, ils jettent les bases de nombreux autres problèmes. En fait, ils consomment plus d'argent que jamais.

Cependant, à court terme, dès qu'on renoncera à l'octroi d'enveloppes globales, on assistera à une augmentation de l'utilisation et des coûts. C'est la perspective à court terme d'une montée des coûts et l'incertitude entourant le contrôle qui font que le gouvernement se cantonne dans la microgestion, et non dans la gestion, domaine qu'il devrait pourtant occuper. Nous allons devoir réfléchir à cette question. Il y a d'autres moyens de contrôler les coûts que le système des budgets globaux, mais on n'en fait pas l'essai, et les gouvernements hésitent à faire le saut.

La Dre Kenny: J'aimerais revenir aux commentaires du sénateur Robertson sur la famille et les moyens de l'inciter à participer de même que sur l'équilibre adéquat entre les soignants familiaux et les soignants professionnels.

Although, on this discussion about arm's-length control, I would like to say, after 10 years' experience of trying to help the Province of Nova Scotia as a deputy minister, you must indeed depoliticize it. This is not a criticism of politicians. I learned how difficult it is to be a morally good politician, because you are pulled at from every extreme position all the time. Good policy requires some kind of decision making in the middle ground.

I would like to return to the issues of incentive, support, family balance and questions about things such as the cancer model, which are back on the table.

If you look at the ethics literature dealing with health reform and negative consequences, generally in the English-speaking world, there is no question that health systems reform seems to have disproportionately increased the burden on women caregivers at home.

Any of us around the table involved in discussions in the last decade about provincial health reform know that one of the difficulties is that we tried both to contain costs and reform the system at the same time. Because we did not have the money to carry out reforms at the same time as we dealt with the fiscal crisis, we downsized faster and dumped patients onto home care when we had no support for the caregivers.

There is an extensive literature of ethical reflection around the question of what we have done to help the public understand these issues when we have placed burdens on them that create both fear and anger, as they seem to have been given tasks with which they thought someone was else was dealing.

This "dumping" that people perceive, when matched with the closure of small hospitals and their social meaning, has been a powerful force in the resistance of the public to seeing new things as possibly leading to improvements.

Your group should be able to say something very important about how we can rediscover the balance between familial and community caregivers and professional care givers, particularly given the consequences of hospitalization. How can we find a better balance between home care that is a follow-up to acute care and long-term care? People seem to think it is either/or; in fact, it is the two together.

Incentives would be appropriate in that area, even tax incentives, which I worry about in other areas. It seems we have no mechanism for family members, particularly women, to receive some kind of recompense for what becomes a significant emotional and financial burden.

Avant, au sujet de la question de l'autonomie, j'aimerais dire que je suis d'avis, après avoir tenté pendant dix ans de venir en aide à la province de la Nouvelle-Écosse à titre de sous-ministre, qu'il faut dépolitiser les soins de santé. Il ne s'agit pas d'une critique des politiciens. J'ai constaté jusqu'à quel point il est difficile d'être un bon politicien sur le plan moral parce qu'on est à tout moment tiraillé par des positions extrêmes. La bonne politique exige une certaine forme de prise de décisions quelque part au centre.

J'aimerais revenir à la question des incitatifs, du soutien, de l'équilibre familial et de problèmes comme le modèle de traitement du cancer, autant d'enjeux qui sont sur la table.

À l'examen des travaux éthiques portant sur la réforme de la santé et ses conséquences négatives émanant du monde anglosaxon en général, on constate qu'il ne fait aucun doute que la réforme des systèmes de santé a eu un effet disproportionné sur les soignantes à la maison, dont le fardeau s'est alourdi.

Ceux d'entre nous qui avons été mêlés au débat sur la réforme provinciale de la santé qui a marqué la dernière décennie savent que l'une des difficultés vient du fait que nous avons tenté de contenir les coûts et de réformer le système en même temps. Faute de moyens suffisants pour mener les réformes à bien tout en faisant face à la crise budgétaire, nous avons accéléré la rationalisation et abandonné les patients aux soins à domicile, sans avoir au préalable prévu des mesures de soutien pour les soignantes.

On trouve dans la documentation de nombreuses réflexions éthiques sur ce que nous avons fait pour aider les citoyens à comprendre ces enjeux au moment où nous leur avons refilé un fardeau qui a suscité en eux de la peur et de la colère. En fait, ils ont eu l'impression qu'on se déchargeait sur eux de responsabilités qu'ils croyaient relever de quelqu'un d'autre.

Ce «délestage» perçu, conjûgué à la fermeture des petits hôpitaux, avec tout ce qu'ils représentaient sur le plan social, a eu un effet considérable sur la réticence des gens à comprendre que ces changements se traduiraient peut-être un jour par des améliorations.

Votre groupe devrait être en mesure de faire des déclarations très importantes au sujet de la redécouverte possible de l'équilibre entre les soignants familiaux et communautaires, d'une part, et les soignants professionnels, d'autre part, particulièrement au vu des conséquences de l'hospitalisation. Comment établir un meilleur équilibre entre les soins à domicile et qui font suite aux soins actifs et des soins de longue durée? On semble croire que c'est tout l'un ou tout l'autre. En fait, les deux vont de pair.

Dans ce domaine, des incitatifs seraient acceptables, même les incitatifs fiscaux, lesquels me préoccupent dans d'autres circonstances. Apparemment, il n'existe aucun mécanisme permettant aux membres des familles, en particulier les femmes, de recevoir une certaine forme de dédommagement en contrepartie du lourd fardeau émotif et financier qu'ils assument.

The country has six centres of excellence in women's health. They published a report in the last year about the effects of privatization and health reform across the country on women and families.

I recommend it to you because it is important. It contains a number of examples of places where different things have been done to support the burden on the home of accepting different kinds of care, or where small projects such as the assignment of an individual nurse as a contact person has been tried. I absolutely agree that chronic illness, with acute exacerbations, is the real burden. Families, communities and parish groups are trying to offer long-term support, but with acute exacerbations that are very worrisome.

There is some evidence out there, and I would tell the Senate that this is an issue that I see as having been lost in many other areas.

If you people could bring this to the table, this is the kind of involvement of families, community and professionals that maybe will help us restore the balance. It is a major issue.

Senator Pépin: I agree with you on the issue of health care and women. The committee will have a special session on women and health care.

The Chairman: Senator Keon, in addition to being a member of the Senate, is also the Chief Executive Officer of the Ottawa Heart Institute.

Senator Keon: I would like to focus on several areas, in order to pick a couple of low-hanging fruits. I would like to point to a couple of areas where we might be able to make a real difference. I would very much like to have the comments of you all.

I will preface my questions with a few remarks. The two areas I will ask you to address are, first, a new generation of health professionals — and I emphasize a "new generation" of health professionals — and, second, the health ecosystem, which Mr. Lozon alluded to, and with which all of us have been involved for most of our lives.

I became convinced about 10 years ago that we cannot solve the problems in these two areas without regional health authorities. Also, we cannot have a single model of regional health authority in a province or in the country if we are to solve the problems.

Let us address the new generation of health professionals. You will all recall that a number of years ago, the federal government made a huge investment in the medical schools with so-called "health resources money." I will never forget that, because I came back from America on that money, which built the Ottawa Heart Institute.

Notre pays compte six centres d'excellence sur la santé des femmes. L'année dernière, ils ont publié un rapport sur les effets de la privatisation et de la réforme de la santé sur les femmes et les familles, partout au pays.

Je vous en recommande la lecture parce qu'il s'agit d'un document important. On y retrouve un certain nombre d'exemples d'endroits où on a fait les choses différemment pour alléger le fardeau assumé par les familles, notamment l'acceptation de types de soins différents. On a également des projets à petite échelle, par exemple l'affectation d'une infirmière désignée comme personne-ressource. Je suis tout à fait d'accord pour dire que la maladie chronique et les crises qu'elle suppose constituent le véritable fardeau. Les familles, les collectivités et les groupes paroissiaux tentent d'offrir un soutien à long terme, sauf en ce qui concerne les crises les plus préoccupantes.

Des données existent, et j'affirme au Sénat qu'il s'agit d'une question qu'on a perdue de vue dans bon nombre d'autres domaines.

La participation des familles, des collectivités et des professionnels, à condition qu'on remette la question sur la table, pourra peut-être contribuer à rétablir l'équilibre. Il s'agit d'un enjeu majeur.

Le sénateur Pépin: Je suis d'accord avec vous sur la question des soins de santé et des femmes. Le comité consacrera une séance spéciale à cette question.

Le président: Le sénateur Keon, en plus de siéger au Sénat, est directeur général de l'Institut de cardiologie d'Ottawa.

Le sénateur Keon: Choisissant la solution de facilité, je vais m'intéresser à quelques questions. J'aimerais souligner deux ou trois domaines dans lesquels nous pourrions peut-être faire bouger les choses. J'aimerais beaucoup vous entendre tous à ce suiet.

Avant de poser mes questions, je vais formuler quelques remarques. Les deux domaines que je vous invite à aborder sont, premièrement, une nouvelle génération de professionnels de la santé — et j'insiste sur l'expression «nouvelle génération» de professionnels de la santé — et, deuxièmement l'écosystème de la santé, auquel M. Lozon a fait allusion, et dans lequel nous avons tous travaillé pendant la majeure partie de notre vie.

Il y a une dizaine d'années, j'ai acquis la conviction que nous ne pourrons pas régler les problèmes qui se posent dans ces deux domaines sans le concours des régies régionales de la santé. Pour régler les problèmes, nous ne pourrons pas non plus adopter un modèle unique de régie régionale de la santé, ni dans les provinces ni au pays.

Parlons d'abord de la nouvelle génération de professionnels de la santé. Vous vous rappellerez qu'il y a quelques années, le gouvernement fédéral a consenti un investissement énorme dans les écoles de médecine, ce qu'on a appelé les «caisses d'aide à la santé». Je ne l'oublierai jamais parce que je suis rentré des États-Unis grâce à cet argent, qui a servi à bâtir l'Institut de cardiologie d'Ottawa.

This really solved many problems at that time. It was a tremendous initiative and it allowed all of the medical schools across the country to grow and develop. It allowed places such as McMaster to grow from nothing. It could never have happened if that money had not come along.

We are now in a situation where we say we are short of doctors, nurses and technicians in this country. Every discipline that has come before us has emphasized its manpower needs. I believe there is a bigger problem. I think we have too many doctors doing what nurses should be doing. We have too many nurses doing what nursing assistants should be doing. We have too many technicians doing what clerks and administrators should be doing. There is a lack of proper integration and understanding between management, administration and delivery of services.

That is why, even though I believe there is room here now for a huge national — and I will emphasize "national" — federally funded initiative, we have to look at the regions and ask, "What do we need in this region to deliver primary care, to deliver institutional care, to deliver hospital care, to deliver convalescent care, to deliver homecare, to deliver chronic care, and to deliver hospice care?" Then we have to make the investment and try to provide the appropriate personnel.

I would like to hear all of your comments on this, whether you think this is reasonable or unreasonable, and how it could be done.

Mr. Scott: I will live dangerously and start off. You talk about a new generation of health professionals, and that does provide an opportunity for us. Today's health professional is more inclined to engage in teamwork and to take a fresh look. On the other hand, that is probably true of all new generations, but if we allow them to be influenced too much by the generation before them, we will not realize those potential opportunities.

As deputy minister in 1982, I launched a review of health professions in Ontario. We set this up with the obvious intention of expanding the number of health professional groups so that we did not have second-class professionals and first-class professionals. It seemed like a wonderful idea at the time.

It took 10 years to complete the review because of the intense lobbying that went on among the various groups as to whether they were going to be given a professional designation and their own legislation.

I only raise this to show that we have a monster out there. We have a very well-funded, well-organized and powerful monster in the form of each of these health professional organizations.

À l'époque, ces sommes ont réglé de nombreux problèmes. Cette remarquable initiative a permis à toutes les écoles de médecine du pays de croître et de se perfectionner. Les endroits comme McMaster ont pu s'élever à partir de rien. Sans ces sommes, rien de tout cela n'aurait été possible.

Au pays, nous faisons aujourd'hui face à une pénurie de médecins, d'infirmières et de techniciens. Les représentants de toutes les disciplines que nous avons entendus ont fait état des besoins en main-d'œuvre. Je crois que nous faisons face à un problème plus grave. Je pense que trop de médecins effectuent des tâches dont des infirmières devraient se charger. Trop d'infirmières effectuent des tâches dont des infirmières auxiliaires devaient se charger. Trop de techniciens effectuent des tâches dont des commis et des administrateurs devraient se charger. L'intégration et la compréhension entre la gestion, l'administration et la prestation de services sont déficientes.

Voilà pourquoi, même si je suis convaincu qu'il y a place à une gigantesque initiative nationale — et j'insiste sur le mot «national» — financée par le gouvernement fédéral, nous devons nous tourner vers les régions et leur demander: «De quoi avez-vous besoin pour assurer la prestation des soins primaires, les soins en établissement, les soins hospitaliers, les soins aux convalescents, les soins à domicile, les soins aux malades chroniques et les soins palliatifs?» Nous devrons ensuite consentir l'investissement nécessaire et tenter de recruter la main-d'œuvre pertinente.

J'aimerais tous vous entendre à ce sujet. J'aimerais savoir si vous pensez que c'est raisonnable ou déraisonnable. Si la proposition est sensée, comment pourrait-on procéder?

M. Scott: Je vais vivre dangereusement et briser la glace. Vous faites allusion à une nouvelle génération de professionnels de la santé, et il s'agit pour nous d'un aspect prometteur. Les professionnels de la santé d'aujourd'hui sont plus enclins à travailler en équipe et à adopter une approche nouvelle. Par ailleurs, on peut probablement en dire autant de toutes les nouvelles générations. Si nous laissons à la génération précédente la possibilité d'exercer sur ces nouveaux professionnels une influence trop grande, nous ne concrétiserons pas toutes ces possibilités.

À titre de sous-ministre, j'ai, en 1982, lancé un examen des professions de la santé en Ontario. Nous avons agi de la sorte dans l'intention manifeste d'accroître le nombre de groupes de professionnels de la santé, pour éviter de créer des catégories de professionnels de première et de deuxième classes. À l'époque, l'idée semblait excellente.

Il a fallu dix ans pour mener à bien l'examen à cause des pressions intenses exercées par les divers groupes, qui tenaient à obtenir une désignation professionnelle et un texte de loi habilitant.

Si je soulève cette question, c'est uniquement pour montrer que nous sommes confrontés à un monstre. Un monstre très bien financé, bien organisé et puissant caché sous les traits des organisations qui représentent les professionnels de la santé. Senator Keon, you are right on target when you make reference to the problems. We are misusing people because of the incentives built around those health professions. It is interesting to see what happens in practical terms, how quickly those barriers break down when it makes financial sense.

Some years ago, when I was conducting the study in Northern Ontario on the use of emergencies, the doctors who were working together in groups, sharing funding and responsibility, were not only the happiest, they also wanted to know why we were not bringing in and training more nurse practitioners. They felt that specialty trained nurse practitioners — and I remember psychiatric skills was one area of interest in particular — could really supplement family practice in these rural and sometimes remote communities. Their enthusiasm was enormous.

You then go to another community, equally remote and equally rural, built around a small hospital where the doctors were not working together, and they talked about the threat of nurse practitioners, that if they were allowed, it would drive the family practitioners away.

In fact, depending on how they were funded, they were absolutely correct. Many of the existing fee schedules encourage doctors to "dumb down" their skills and, therefore, because they tend to be at the top of the professional food chain, others further down the system dumb down their skills.

When we talk about what kind of coverage we ought to have, about efficiency, about having time to talk to patients, if we want to help patients be better focused and help them with their problems, then we have to do something about the artificial protections that are in place. That is the kind of change I was referring to earlier. It is perfectly logical and there are ways to do it, but it is scary if you have been making your living on the margins of one of those protected areas.

The Chairman: I will ask a follow-up question. Is a change in legislation or regulations related to scope of practice required?

In other words, I understand it would be desirable to negotiate a solution to that problem. If a negotiated solution is not possible, how can it be done by force? "Force" may be a strong word. How can you do it other than through a negotiated solution?

Mr. Scott: The only way to do it independently of a negotiated solution is through legislation. Certainly in Ontario, and I think in a number of other provinces, the legislation exists.

The Chairman: You are referring to scope of practice legislation?

Mr. Scott: Scope of practice is included within the legislation.

The Chairman: Then that is the piece you have to change.

Sénateur Keon, vous avez mis dans le mille en présentant les problèmes auxquels nous faisons face. Nous n'utilisons pas nos ressources humaines à bon escient à cause des incitatifs inhérents aux professions de la santé. Sur le plan pratique, il est intéressant de constater ce qui se passe, avec quelle rapidité les obstacles tombent dès lors que l'intérêt financier le justifie.

Il y a quelques années, à l'époque où je menais une étude dans le nord de l'Ontario sur l'utilisation des salles d'urgence, les médecins qui travaillaient en groupes, en partageant le financement et les responsabilités étaient non seulement les plus satisfaits, mais ils voulaient savoir pourquoi nous ne formions pas davantage d'infirmières praticiennes. Ils étaient d'avis que des infirmières praticiennes spécialisées — je me souviens que les compétences en psychiatrie étaient l'un des domaines d'intérêt particuliers — auraient vraiment pu constituer un appoint à la pratique de la médecine familiale dans ces collectivités rurales et parfois éloignées. Ils étaient extrêmement enthousiastes.

Après, dans une autre collectivité tout aussi rurale et éloignée, centrée autour d'un petit hôpital où les médecins travaillaient chacun pour soi, on n'entendait parler que de la menace que représentaient les infirmières praticiennes qui, si on leur faisait une place, chasseraient les médecins de famille.

En fait, selon le mode de financement, on avait raison de part et d'autre. Bon nombre des barèmes d'honoraires incitent les médecins à sous-exploiter leurs compétences. Parce qu'ils occupent le haut de la chaîne alimentaire des professionnels, ceux qui les suivent sous-exploitent à leur tour leurs compétences.

On aura beau parler du genre de protection que nous souhaitons offrir, de l'efficience, de l'obligation que les médecins ont de parler aux patients, d'aider les patients à être mieux «ciblés» et de les aider à régler leurs problèmes — on devra s'attaquer au problème des protections artificielles en place. Voilà le genre de changement auquel je faisais référence plus tôt. C'est parfaitement logique et il y a des moyens de le faire, mais, si vous gagnez votre vie dans les marges d'une de ces zones protégées, la perspective est effrayante.

Le président: Je vais poser une question de suivi. Faudrait-il modifier les dispositions législatives ou les règlements concernant les champs d'activité?

Pour dire les choses autrement, je conçois qu'il est souhaitable de parvenir à une solution négociée du problème. Si on est incapable de trouver une solution négociée, comment pourrait-on agir par la force? Le mot «force» va peut-être un peu trop loin. Y a-t-il d'autres possibilités qu'une solution négociée?

M. Scott: À défaut d'une solution négociée, la seule possibilité est de recourir à un texte de loi. En Ontario, et dans un certain nombre d'autres provinces, je crois, de telles dispositions législatives existent.

Le président: Vous faire référence aux dispositions législatives sur les champs d'activité?

M. Scott: Les champs d'activité font partie des dispositions législatives.

Le président: C'est donc un aspect qu'il faut modifier.

Mr. Scott: That is what you have to change, so perhaps an emphasis on the need for a re-examination of this, with the eventual threat of forced legislation, will persuade the parties to come to the table.

The Chairman: I ask because one of our principles deals explicitly with the need to change scope of practice.

Mr. Scott: It is intensely provincial, and it would be very hard to deal with on a purely national conference type basis.

Mr. Davis: On this huge issue, the senator is correct in what is implied by his question. One of the intriguing things about the Canadian health care system, the publicly funded system and the view that it is centrally managed, is that physicians are not centrally managed. They are largely individual players, and many of them form professional corporations and bill the government independently for their services. A large part of the system is outside what you would call the "publicly managed" portion.

The new health care workers want to be competitively remunerated in the context of the North American economy. Even though we do not want a market-based system, our manpower or "person power" wants to be paid at market rates within the North American economy. The large health care unions have driven much of the cost escalation in health care in the last few years. I would not exclude the provincial medical associations from that description - even though they are not comfortable with it — in driving governments to compensate them at as close to the North American market rate as possible. Most of the large health care unions have gotten into major standoffs with governments across the country over the last few years on quality of care issues, but also on compensation issues. Settlements are always something of a give-and-take process, and some of the politics involved in those settlements has not necessarily been in the best interests of productivity and patient

This is more than changing legislation, because we have changed legislation in Alberta. We have a lot of flexibility in the scope of practice legislation. There are many models throughout North America. I just had a look at the physician assistant model in Arizona the other day, and it is very interesting. These large unions and associations have a very strong role in influencing health care policy, and this will take more than a change in legislation. This will take a realignment of some incentives, a major reinvestment of money, some good thinking about what is the appropriate model, and a good deal of fortitude in moving towards it. If we are going have a system that is publicly funded and managed in an integrated way on the scale we want, this issue will have to be dealt with or we are just fooling ourselves.

M. Scott: C'est l'aspect qu'il faut modifier. En mettant l'accent sur la nécessité de revenir sur ces questions et en brandissant la menace de dispositions législations forcées, on réussira peut-être à convaincre les parties de s'asseoir à la table.

Le président: Si je pose la question, c'est parce que l'un de nos principes porte expressément sur la nécessité de modifier les champs d'activité.

M. Scott: C'est purement provincial, il serait très difficile d'aborder cette question sur la foi d'une conférence purement nationale.

M. Davis: À propos de ce vaste problème, le sénateur a clairement exposé les implications. L'un des aspects intrigants du système de soins de santé au Canada, du système public et de son administration centralisée, c'est que la gestion des médecins n'est pas elle-même centralisée. Pour l'essentiel, ils agissent à titre individuel, et bon nombre d'entre eux constituent des associations professionnelles et facturent leurs services au gouvernement de façon indépendante. Une bonne part du système échappe à ce qu'on appelle le volet public.

Les nouveaux travailleurs de la santé exigent une rémunération concurrentielle dans le contexte de l'économie nord-américaine. Même si nous ne souhaitons pas un système de marché, notre main-d'œuvre tient à être rémunérée au taux du marché nordaméricain. Les grandes associations qui représentent les professionnels de la santé sont responsables d'une bonne part de l'escalade des coûts des soins de santé observée au cours des dernières années. Je mettrais les associations médicales provinciales dans le même bateau - même si elles ne sont pas à l'aise à cette idée —, en ce sens qu'elles ont incité les gouvernements à les rémunérer au taux du marché nordaméricain, dans toute la mesure du possible. Au cours des dernières années, la plupart des grandes associations représentant des professionnels de la santé ont eu des affrontements majeurs avec les gouvernements du pays sur la question de la qualité des soins, mais aussi sur celle de la rémunération. Les règlements sont toujours une affaire de compromis, et certaines des considérations politiques qui ont présidé à ces règlements n'ont pas nécessairement été dans l'intérêt de la productivité ni dans celui des soins aux patients.

Il ne s'agit pas que de modifier les textes de loi parce que nous l'avons fait en Alberta. En ce qui concerne les dispositions législatives relatives aux champs d'activité, nous bénéficions d'une grande marge de manœuvre. Il existe de nombreux modèles partout en Amérique du Nord. Je viens tout juste de jeter un coup d'œil au modèle des auxiliaires médicaux de l'Arizona, qui me paraît très intéressant. Les grands syndicats et les grandes associations exercent une très grande influence sur la politique des soins de santé, et il faudra plus que de simples modifications législatives. Il faudra réaligner certains incitatifs, réinvestir des sommes considérables, bien réfléchir au modèle qui convient et faire preuve de beaucoup de détermination tout au long du chemin. Pour bénéficier d'un système financé publiquement et administré de façon intégrée à l'échelle où nous le voulons, nous allons devoir nous attaquer à ce problème. Sinon, nous nous faisons des illusions.

Frankly, in terms of micro-management of the system, government takes second place to the large unions and professional associations that are exerting tremendous management control every day, sometimes for the right reasons, sometimes not.

The Chairman: The committee is concerned that if we, as we have said we will, end up recommending a specific means of raising additional money for the health care system, we would like to see it used to improve technology, to get the electronic patient record going, to do a variety of things that are of help to patients, and not simply swallowed up by changed fee schedules or contracts.

Mr. Davis: If we do move on some these initiatives, and we need to, they have to be financed and managed in a slightly different way from the global operating budgets of the regions and hospital systems.

Dr. Kenny: I was happy to hear Senator Keon say what he said. I am not happy it has to be said, but I am very glad that another very senior colleague in medicine is saying it. When I was making my initial remarks and applauding the focus that you folks have put on reform of primary care, I said, do not underestimate how difficult it is. While Dr. Keon was talking about the entire system in miniature, the issues we are dealing with in truly reforming primary care, not just primary physician practice, are the same.

I have three observations, because I have been researching the history of Canadian medicare and trying to write something on this

The first is a very interesting historical observation, which really only struck me when I spent time studying the development of the system. Tommy Douglas was elected in Saskatchewan in 1944, the year I was born. I have markers for 1944, 1964 and 1984. God only knows what will happen in 2004, but the way that Canadian medicare moves forward is interesting.

If you look back to the beginning of the last century, you discover that organized medicine has not championed universal health care. There are only two periods in Canadian history when organized medicine — I do not mean individual doctors, but medicine speaking through the Canadian Medical Association or provincial associations — looked kindly on that development. They were both periods when doctors were at a disadvantage in terms of earnings. Of course, the Depression was the first occasion.

It has struck me as a profoundly serious issue for myself and my colleagues in medicine that in actual fact, the key players in getting patients into the system, discussing with them and their loved ones what is appropriate care and helping them make choices really seem to have had this historical reluctance. This is not unique to Canada. This is a generic physician issue. The folks Franchement, en ce qui concerne la microgestion du système, les gouvernements se font damer le pion par les grands syndicats et les associations professionnelles qui, jour après jour, exercent un formidable contrôle sur la gestion, dans certains cas pour les bonnes raisons, dans d'autres non.

Le président: Si, comme nous en avons l'intention, nous recommandons des moyens précis de recueillir des fonds additionnels pour le système de soins de santé, nous voudrions que les sommes en question servent au perfectionnement de la technologie, à l'établissement du dossier médical électronique et à diverses autres mesures utiles pour les patients. Ce que nous craignons, c'est que les capitaux soient simplement engloutis dans les modifications des conventions collectives ou des barèmes d'honoraires.

M. Davis: Si nous n'allons pas de l'avant avec certains de ces projets — et nous devons le faire —, il faut les financer et les gérer d'une manière un peu différente de ce qui se fait dans le cas des budgets des régions et des systèmes hospitaliers.

La Dre Kenny: Je suis heureuse d'entendre le sénateur Keon tenir ces propos. Je ne suis pas heureuse du fait qu'il faille dire une telle chose, mais je suis très contente de constater qu'un autre membre éminent du monde médical tient ces propos. Pendant que je présentais ma déclaration préliminaire et que j'applaudissais le fait que vous insistiez sur la réforme des soins primaires, j'ai dit: ne sous-estimez pas la difficulté de l'exercice. Le Dr Keon a ramené le système entier à une sorte de miniature, mais les problèmes auxquels nous faisons face, pour vraiment réformer les soins primaires, et non seulement le travail du médecin de premier recours, sont les mêmes.

Je veux formuler trois observations, ayant fait des recherches sur l'histoire du régime de l'assurance-maladie au Canada et ayant essayé d'écrire quelque chose à ce sujet.

La première est une observation historique très intéressante qui, de fait, m'est seulement venue au moment où j'étudiais le développement du régime. Tommy Douglas a été élu en Saskatchewan en 1944, l'année de ma naissance. Je constate qu'il y a eu des événements marquants en 1944, en 1964 et en 1984. Dieu seul sait ce qui se passera en 2004, mais la progression de l'assurance-maladie au Canada est très intéressante.

Si on revient au début du siècle dernier, on peut constater que la médecine organisée ne défendait pas la cause des soins de santé universels. Il n'y a eu que deux périodes durant l'histoire du Canada où la médecine organisée — je veux pas dire non pas les médecins individuels, mais la médecine telle qu'elle peut s'exprimer par l'entremise de l'Association médicale canadienne ou des associations provinciales — a envisagé favorablement une telle évolution. Ce sont deux périodes où les médecins étaient défavorisés sur le plan des gains. Bien sûr, la première période est celle de la grande dépression.

J'en suis venue à penser que c'est une question d'une profonde gravité — pour moi-même et pour mes collègues du monde médical, de savoir que, dans les faits, historiquement, les principaux responsables de l'admission des malades dans le régime, si on discute avec eux et leurs être chers de ce que seraient des soins appropriés et en les aidant à faire des choix, semblent

who are central to getting you into the system and to what happens to you there have never really been comfortable with that system. It is what that masterly text on the Canadian health care system calls the "founding bargain of Canadian health care." It was a universal system, but it was not fully socialized because we allowed this fee-for-service negotiation by doctors. We allowed doctors, in this otherwise single, unified system, to be entrepreneurs.

Secondly, if we look at this from a system perspective, there is actually a principle of Roman Catholic theology at work. It has to do with working towards justice issues for workers, and it is the principle of "subsidiarity." Many of you know it, and it is adopted in many other ways, but it was initially enunciated in a theological justice context. It goes like this. A system works best when functions are performed at the lowest level of competence. When I say that, you think, "Lowest level of competence? What are you saying?" Think of it. It is the lowest level of competence. Health care violates that principle every day. I am right on with what Dr. Keon is saying if I am saying it clearly.

We have a mindset, even within the practice of health professions, that you have to keep going up before you get a competent opinion. Somehow or other, we have developed a system that reinforces this inappropriate utilization of time and talent that Senator Keon is talking about. I think it is a crucial issue at the heart of primary care reform.

I was chief at a children's hospital. People would come to the hospital because they did not want to see someone in the ER, with great respect to the ER folk, and they did not trust their own pediatrician back in their hometown. We have created a system that has pushed up expectations, but at the same time, we wind up with people not maximizing their talent and ability and not appropriately utilizing and respecting others.

The context I am trying to set here is that we have this historical anomaly in doctors' involvement. We have this founding bargain whereby they were both in and out of the system, yet they are key to it. We have a strange way of respecting talent and ability and we actually violate subsidiarity all the time. Then you look at why we cannot make a difference.

My final comment is that we are stuck now, because my colleagues in medicine are the most demoralized that I have ever seen them, and this coming year will be the 30th anniversary of my graduation from medical school. I am doing some grantfunded work on role modelling in the development of new

avoir éprouvé une certaine réticence. Le Canada n'est pas unique à cet égard. C'est une question générale en ce qui concerne les médecins. Les gens qui jouent un rôle central pour ce qui est de vous faire accéder au réseau et de ce qui vous arrive une fois que vous y êtes n'auront jamais vraiment été à l'aise dans le réseau. C'est ce qui est qualifié, dans l'œuvre maîtresse sur le régime de l'assurance-maladie au Canada, de «pacte fondateur» de l'assurance-maladie au Canada. C'était un régime universel, mais on ne l'a pas socialisé sur toute la ligne: on a permis aux médecins de négocier la rémunération à l'acte. On a permis aux médecins — dans ce régime autrement unifié — d'être des entrepreneurs.

Ensuite, si on envisage cela dans la perspective d'un système, on voit entrer en jeu, de fait, un principe de la théologie catholique romaine. Cela a à voir avec le travail fait en faveur de la justice pour les travailleurs; c'est le principe de la «subsidiarité». Nombre d'entre vous le connaissent, et c'est un principe qui a été adopté de nombreuses autres façons, mais il a d'abord été énoncé dans un contexte de justice théologique. Voici en quoi cela consiste: le fonctionnement optimal d'un système survient lorsque les tâches sont exécutées au plus bas échelon possible. Quand je dis cela, vous vous dites: «le plus bas échelon possible? De quoi parle-t-on?» Songez-y. C'est le plus bas échelon possible. Or, le régime d'assurance-maladie transgresse ce principe tous les jours. Je suis tout à fait d'accord avec le Dr Keon, si vous comprenez ce que je veux dire.

Nous avons cette mentalité — même dans les professions de la santé — selon laquelle il faut monter toujours plus haut pour obtenir un avis éclairé. Je ne sais trop comment, mais nous avons conçu un régime qui favorise cette utilisation à mauvais escient du temps et du talent, ce dont parlait le sénateur Keon. Je crois que c'est une question capitale qui se trouve au cœur même de la réforme des soins primaires.

J'ai été directrice d'un hôpital pour enfants. Les gens venaient à l'hôpital parce qu'ils ne voulaient pas aller à l'urgence — sauf le grand respect que je dois aux gens de l'urgence — et ils ne faisaient pas confiance au pédiatre là où ils habitaient. Nous avons créé un régime qui a fait que les attentes sont devenues plus grandes, mais, en même temps, nous nous sommes retrouvés dans une situation où les gens ne maximisent pas leurs talents et leurs capacités et n'utilisent pas et ne respectent pas les capacités de l'autre comme il se doit.

C'est dans ce contexte que j'essaie d'inscrire la question: il y a cette anomalie historique pour ce qui est du rôle des médecins. Il y a ce pacte fondateur qui a fait qu'ils se sont trouvés à la fois à l'intérieur et à l'extérieur du régime; et néanmoins, ils en sont un élément clé. Nous avons une façon étrange de respecter le talent et la capacité des gens, et, de fait, nous transgressons tout le temps le principe de la subsidiarité. Allez donc voir pourquoi nous n'arrivons pas à faire bouger les choses.

La dernière observation que je veux faire, c'est de dire que nous sommes enlisés maintenant; je n'ai jamais vu mes collègues du monde médical aussi démoralisés et, voici que s'amène le 30° anniversaire de ma sortie de l'école de médecine. Je suis en train de faire des recherches subventionnées sur les modèles de

doctors. Our faculty members are demoralized. They are tired, stressed and unhappy with medical practice. That is true not only in Canada; it is a generic problem.

The point I am making is that, while we are burdened, we seem incapable of getting out of this situation. This is not just a matter of financial incentive, though that is key; it is not just a matter of legally changing the scope of practice, though that is essential; it is about sharing power and authority in a different way, while at the same time trying to provide new ways to support physicians, who are at the strangest place I think they have ever been in history, with this fundamental ethical commitment to individuals and the practice of requiring whole teams of people to do the simplest thing with a patient.

I do not know how to summarize this in one line for you, but what Senator Keon just said about that kind of "inside the system" inefficiency goes deeper than a structural change can fix. However, it is key to some of our problems and our inability to move forward.

The Chairman: Would you say about nurses everything you have just said about your colleagues, that they are demoralized and so on?

Dr. Kenny: Yes. I have just supervised a graduate student who has done her master's thesis on the experience of moral distress of nurses in neonatal intensive care units. Neonatal intensive care units are very high-pressure places. You experience a huge degree of moral stress when you have to participate in something that is not right. It is not a moral dilemma or a conflict; it is an experience of distress. There is now an abundance of literature on nursing. Nurses have described what moral distress is. This is not just being demoralized; this is being distressed because their talents and abilities are not being well used in the system. It is a very serious issue.

Mr. Lozon: Most of us in the health care system do not know whether we are good or bad examples of subsidiarity. I am not sure whether I am living proof of a good or bad example. I have a couple of comments on Senator Keon's observation and then I have a challenge.

My first observation is that the health professionals in this country have been the single biggest contributors to the high quality of our health care system, and that the professional groups themselves may be one of the single biggest challenges to reforming it.

Second, I do hold out some hope. The face of medicine is changing. The incoming class at the University of Toronto is 52 per cent women. Some studies suggest that women are more inclined to work in a group practice as opposed to as a solo practitioner and more inclined to be members of a team than their predecessors — all of which are signs of something good to come.

comportement et la formation des nouveaux médecins. Nos enseignants sont démoralisés. Ils sont fatigués, stressés et malheureux vis-à-vis de l'exercice de la médecine. Cela ne s'avère pas qu'au Canada; c'est un problème général.

Là où je veux en venir, c'est que nous sommes accablés, nous semblons incapables de nous tirer de cette situation. Ce n'est pas uniquement une question d'incitatifs financiers, bien que ce soit là un élément clé; il ne s'agit pas uniquement de modifier juridiquement les attributions des professionnels en question, même si cela est essentiel; il ne s'agit pas uniquement de répartir différemment le pouvoir et l'autorité, tout en essayant de trouver des façons nouvelles de soutenir les médecins, qui, je crois, ne se sont jamais trouvés dans une situation aussi étrange dans l'histoire — essayer de respecter cet engagement éthique fondamental envers les malades tout en exerçant une médecine où il faut des équipes entières pour accomplir la tâche la plus simple auprès d'un patient.

Je ne sais pas comment vous résumer cela en une ligne, mais ce que le sénateur Keon vient de dire à propos de l'inefficacité «interne» du régime évoque une question grave qu'une seule modification structurelle ne saurait régler. Toute de même, c'est un élément clé pour ce qui est de certains des problèmes que nous éprouvons et de notre incapacité de progresser.

Le président: Diriez-vous au sujet des infirmières tout ce que vous venez de dire au sujet de vos collègues, c'est-à-dire qu'elles sont démoralisées et ainsi de suite?

La Dre Kenny: Oui. Je viens de diriger la thèse d'une étudiante sur la détresse morale des infirmières dans les unités de soins intensifs pour nouveaux-nés. La pression qui s'exerce sur les gens dans ces unités est très forte. Celui qui doit participer à une chose qui n'est pas correcte voit un stress énorme sur son moral. Ce n'est pas un conflit ou un dilemme éthique; c'est une détresse. Il y a maintenant une documentation abondante sur les soins infirmiers. Les infirmières ont décrit cette détresse morale. Elles ne sont pas seulement démoralisées; c'est le fait que leur talent et leurs capacités ne sont pas bien utilisés dans le régime qui les perturbe. C'est une question très grave.

M. Lozon: Dans le réseau de la santé, la plupart d'entre nous ne savent pas s'ils représentent un bon ou un mauvais exemple pour ce qui est de la subsidiarité. Je ne sais pas très bien si je suis moimême un bon ou un mauvais exemple. Je formulerais quelques commentaires sur l'observation du sénateur Keon, puis je poserais une question de taille.

Ma première observation, c'est que les professionnels de la santé au Canada sont l'élément premier qui explique la qualité élevée de notre réseau de la santé et que les groupes de professionnels eux-mêmes constituent peut-être le plus grand obstacle à une réforme.

Ensuite, je dirais qu'il y a quand même de l'espoir. La face de la médecine change. La nouvelle promotion à l'Université de Toronto est constituée à 52 p. 100 de femmes. Certaines études laissent croire que les femmes seraient plus enclines à travailler en groupe, plutôt qu'à exercer la médecine seules, et plus enclines à faire partie d'une équipe que leurs prédécesseurs — tout cela étant

It makes the training environment a little more challenging, simply because they do not want to do the old type of training with 36 hours on the job and so on.

Turning to Mr. Davis's comment about competitive pay, we have a supply and demand mismatch right now. Physicians and nurses currently have a lot of leverage because demand is greater than the supply. That is quite true.

My final comment comes from my days as a deputy minister. I was never more disappointed than in the efforts made provincially and nationally to deal with health human resources. Governments were so far out of touch on this issue that they were not even in the same decade. They said, "We have corrected the physician problem; we have the nursing problem just about licked." Nothing could be further from the truth. It is partly because there is no insight into what the new physicians and new nurses are looking for. Having said that, I have no idea how this relates to regionalization — and that is the challenge.

The Chairman: You mean that the human resources problem exists under any scenario, regardless of how things are structured, and it does not necessarily relate to regionalization?

Mr. Lozon: Exactly.

Senator Keon: I would like to respond to Mr. Lozon on that. I have known how he thinks for quite some time and I truly admire it. However, I am afraid that if we do convince the federal government to bankroll an infusion of health care personnel, we will get it wrong again. If we do get it wrong, it will be because we have not looked at the regions. The health care team needed to take care of North Bay is drastically different from the one needed to take care of Metro Toronto. North Bay is not a very good example, and maybe I should have said Mattawa, a smaller community. We have to get input from the grassroots, from the regions, as to what they need in the way of health professionals to deliver the services that are required.

Mr. Lozon: I would agree with that. That speaks to not so much provincial, national, regional — because those can be, although not necessarily, loaded terms — but to a need for integrated human resource planning. Right now, governments do it largely in isolation from employers, schools and professional groups. The Health Human Resources Advisory Committee has until now — maybe it has changed somewhat under its current chairman — largely been a committee of federal and provincial government officials and has not had input from the various nursing —

de bon augure. Cela complique un peu les choses du point de vue de la formation, simplement parce que nous ne voulons pas avoir l'ancien type de formation avec 36 heures en service et ainsi de suite.

Pour ce qui est de ce que M. Davis a dit au sujet du salaire concurrentiel, nous avons en ce moment une offre et une demande qui ne concordent pas. Les médecins et les infirmières ont actuellement beaucoup d'influence parce que la demande est supérieure à l'offre. Cela est tout à fait vrai.

Ma dernière observation est inspirée par l'époque où j'étais sous-ministre. Il n'y a rien qui m'a déçu davantage que les efforts déployés à l'échelle provinciale et nationale pour régler la question des ressources humaines dans le domaine de la santé. Les administrations gouvernementales étaient si loin de comprendre la question qu'on peut dire qu'elles ne vivaient même pas à la même époque. Elles disaient: «Nous avons réglé le problème des médecins; nous avons presque réglé déjà le problème des infirmières.» Rien de plus faux. Le problème tient en partie au fait qu'elles n'ont pas idée de ce que recherchent les nouveaux médecins et les nouvelles infirmières. Cela dit, je n'ai pas la moindre idée du lien entre cela et la régionalisation — et voilà le défi qu'il faut relever.

Le président: Vous dites que le problème des ressources humaines demeure quel que soit le scénario envisagé, quelle que soit la manière de structurer les choses, et que cela n'est pas forcément lié à la régionalisation?

M. Lozon: Tout à fait.

Le sénateur Keon: J'aimerais réagir à ce que M. Lozon a dit à ce sujet. Je connais sa pensée sur le sujet depuis un bon moment déjà, et j'admire vraiment son point de vue. Toutefois, je crains que si nous parvenons à convaincre le gouvernement fédéral d'injecter des fonds dans le dossier du personnel de la santé, nous allons faire erreur à nouveau. Si nous nous trompons, ce sera parce que nous n'aurons pas étudié la situation des régions. L'équipe de soignants qu'il faut à North Bay est radicalement différente de celle qu'il faut dans le Toronto métropolitain. North Bay, de fait, n'est pas un très bon exemple; j'aurais peutêtre dû parler de Mattawa, qui est une localité de plus petite taille. Nous devons solliciter l'apport de la base, des régions, pour savoir ce dont elles ont besoin en fait de professionnels de la santé pour fournir les services requis.

M. Lozon: Je suis d'accord avec cela. Cela revient non pas tant à une question provinciale, nationale, régionale — ce sont là des termes qui, même si ce n'est pas toujours le cas, sont chargés —, mais de la nécessité d'intégrer la planification des ressources humaines. En ce moment, les responsables gouvernementaux le font, pour une grande part, à l'égard des employeurs, des écoles et des groupes de professionnels. Le Comité consultatif des ressources humaines en santé, jusqu'à maintenant — peut-être qu'il fonctionne différemment, maintenant, avec le nouveau président — s'est voulu, pour une grande part, un comité de responsables fédéraux et provinciaux qui ne bénéficie pas de l'apport des divers groupes d'infirmières...

The Chairman: I am sorry to interrupt, but are you telling me that the health human resources intergovernmental committee did not include people who actually train the personnel, such as deans of medicine or of nursing?

Mr. Lozon: Correct.

The Chairman: Pardon my incredulity.

Mr. Lozon: It speaks to the need for more integrated processes, because there are two or three solitudes. It is important to have an integrated process that includes the academic health sciences centres, which are national resources, so that individuals trained at Dalhousie in Nova Scotia can work in Cape Breton or Saskatchewan or the lower mainland of British Columbia. There needs to an integrated human resource planning that brings all the players to the table.

The Chairman: On that score, and because he has been both a minister and a deputy minister, I would like to ask Mr. Forget a question. Given that we always get into this issue that education and training are provincial responsibilities, but people graduate from medical school or nursing school in one province and work in another, do you think it is feasible to have a national, not federal, plan? Should we look at how many doctors, nurses and technicians the country needs, as opposed to the needs of smaller provinces such as Nova Scotia and Newfoundland? I chose those two provinces because they are small but have sizeable medical schools. Is it possible to determine the national requirements and develop a national planning scheme?

Mr. Forget: I understand the implications of your question. Yes, it is possible to conduct a study and try to estimate the requirements. Manpower forecasting in any field and for any industry, especially an area such as health, which is experiencing a great deal of change in spite of the rigidities, is a very difficult exercise. I remember that 25 years ago, there was a massive, Canada-wide study of the training requirements for health professionals. It took years to complete. Everyone in the medical schools and the health facilities was canvassed. They tried to project the need for physicians by graduation time. If you are to increase enrolment in medical schools, as Dr. Morin said, you have to project 10 years into the future for the exercise to be at all useful, and no one knows how to do that well. The margin of error is such that it may not be worth the paper it is printed on, and that is the big problem. The sector is not unlike a medieval guild system, in the sense that it is rigid and does not permit you to move someone over from another, related profession when you find yourself in a deficit situation. This is arranged in rather tight compartments. The problems of overshooting and undershooting will always be with us. I have observed that there are empty training places, not perhaps for physicians, but certainly for nurses. In Quebec there are many available spots that are not being filled. Why is that?

Le président: Je m'excuse de vous interrompre, mais êtes-vous en train de me dire que le Comité intergouvernemental des ressources humaines en santé ne compte pas de représentants qui, dans les faits, sont chargés de former le personnel, par exemple des doyens de faculté de médecine ou de sciences infirmières?

M. Lozon: Tout à fait.

Le président: Pardonnez mon incrédulité.

M. Lozon: Voilà pourquoi il faut adopter des processus mieux intégrés, parce qu'il y a là deux ou trois solitudes qui entrent en jeu. Il importe d'avoir un processus intégré qui fait intervenir les sciences de la santé du monde de l'éducation — qui sont des ressources nationales — pour que les personnes formées à l'université Dalhousie en Nouvelle-Écosse puissent travailler au Cap-Breton ou en Saskatchewan ou dans le Bas-Fraser en Colombie-Britannique. Il faut une planification intégrée des ressources humaines qui permet à tous les joueurs de se présenter à la table.

Le président: À propos de cette question — et comme il a déjà été ministre et sous-ministre —, j'aimerais poser une question à M. Forget. Comme nous en arrivons toujours au fait que l'éducation et la formation sont des responsabilités provinciales, mais que les diplômés d'une faculté de médecine ou d'une école de soins infirmiers dans une province s'en vont travailler dans une autre province, croyez-vous qu'il est viable de concevoir un plan national, mais non pas fédéral? Est-ce que nous devrions essayer de savoir combien de médecins, d'infirmières et de techniciens il faut au pays, plutôt que d'essayer de prévoir les besoins des petites provinces, comme la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve? Je prends ces deux provinces comme exemple parce qu'elles sont petites, mais qu'elles comptent des écoles de médecine de bonne taille. Est-il possible de déterminer les exigences nationales et de mettre au point une formule nationale de planification?

M. Forget: Je comprends ce que peut impliquer votre question. Oui, il est possible de réaliser une étude et d'essayer d'estimer les exigences. La prévisions des besoins en main-d'œuvre — dans tout domaine et dans toute industrie, surtout dans un domaine comme celui de la santé, qui connaît une évolution notable malgré la rigidité qui le caractérise, constitue un exercice très difficile. Je me rappelle qu'il y a 25 ans, il y a eu une étude pancanadienne de très grande envergure sur les besoins en formation des professionnels de la santé. Il a fallu des années pour la mener à bien. Tout le monde dans les facultés de médecine et les établissements de santé a été sollicité. Ils ont essayé de prévoir le nombre de médecins dont on aurait besoin au moment de la diplômation. Si vous voulez accroître le nombre d'inscriptions dans les facultés de médecine, comme le Dr Morin l'a dit, vous devez prévoir au moins dix années d'avance pour que l'exercice ait une quelconque utilité, et personne ne sait le faire de bonne façon. La marge d'erreur est telle que l'étude ne vaut pas le papier sur lequel elle est imprimée, et c'est là la grande difficulté. Le fonctionnement du secteur n'est pas très différent de celui d'une guilde médiévale au sens où il est rigide, et ne permet pas d'aller chercher quelqu'un qui évolue dans une profession connexe, en cas de pénurie. Tout est très bien compartimenté. La nécessité de rajuster le tir — est-ce trop, est-ce insuffisant — sera toujours là. J'ai observé moi-même

This is not the world of 50 years ago, when there were only two basic career choices for young women — teaching and nursing. Now, there are plenty of other opportunities. When they read almost daily in the press that people working in emergency rooms are experiencing nervous breakdowns, they wonder why in the world, for a salary that is not very high compared with other sectors, people would engage in such an occupation where, according to some reports, they remain the underdogs. Working shifts and weekends is part of the job. What kind of lifestyle is that? I think we have a basic problem there. There is another problem that affects women working in the health system. The relationship between physicians and nurses in certain areas, departments and institutions has reached a state of total breakdown. This relationship was predicated on physicians being mostly male and nurses being mostly female. That reality has not totally changed, although new registrations in medical schools predict that the balance will be different 20 years from now. Currently, there are few male nurses - you can count them on the fingers of one hand in one institution.

The other problem still persists and is embedded in the culture of the profession. It is very hard to break that down. In the institution with which I am currently associated, we have had dramatic examples of that breakdown and surveys of the respective attitudes, which are lethal. If it came out in the open, people would be horrified at the lack of respect, and it goes both ways. There is a lack of respect from physicians for nurses and from nurses for physicians. They have a long list of motives and reasons why they withhold that respect.

All this exists and it will only change very slowly. A new piece of legislation is not the solution. Certainly, Ontario has gone through the process and the lobbying effort is intensive. About 30 years ago, Quebec went through a massive overhaul of its legislation. The problem with legislation on professional fields of practice is that it replaces an antiquated set of constraints with an updated set of constraints. The problem is the constraints, and the accompanying lack of flexibility in an industry or sector of activity. Therefore, flexibility should be at a premium. Everything is predicated on the basis of this antiquated way of looking at the roles of professions.

Look, for example, at the internal bylaws of the council of physicians for any major hospital. That is a medieval document because it consists almost entirely of issues of status. Status is important to all of us, I suppose; it is part of life. In this case, however, it is legislated status. I counted no fewer than 11 categories of status among the medical profession in one institution. Everything is defined in minute detail — category 10

qu'il existe des places prévues pour la formation, mais qui demeurent vides, peut-être pas dans le cas des médecins, mais certainement dans le cas des infirmières. Au Québec, il y a de nombreuses places qui demeurent vides. Pourquoi?

Nous ne sommes plus dans les années 50, époque à laquelle les jeunes femmes pouvaient envisager, fondamentalement deux carrières: l'enseignement et les soins infirmiers. Aujourd'hui, les occasions abondent. Quand elles lisent presque tous les jours dans le journal que le personnel des salles d'urgence est en état de dépression nerveuse, elles se demandent pour quelle raison, étant donné que le salaire n'est pas très élevé si on le compare à celui qui est offert dans d'autres secteurs, elles iraient s'engager dans un métier où, selon certains observateurs, elles sont les négligées. Les quarts de travail, le travail la fin de semaine, cela fait partie du métier. Mais quelle vie est-ce? Je crois que nous avons là un problème fondamental. Il y a un autre problème qui touche les femmes dans le réseau de la santé. Le lien entre les médecins et les infirmières dans certains domaines, départements et établissements en est au point où c'est l'effondrement total. La relation en question tenait au fait que les médecins, pour la plupart, étaient des hommes; quant aux infirmières, pour la plupart, c'étaient des femmes. Cette réalité n'a pas complètement changé, bien que les inscriptions dans les écoles de médecine laissent voir que l'équilibre ne sera pas le même dans 20 ans. À l'heure actuelle, il y a bien quelques infirmiers — on peut les compter sur les doigts d'une main, pour un établissement donné.

L'autre problème perdure et est enraciné dans la culture de la profession. Il est très difficile de faire échec à cela. Dans l'établissement où je travaille actuellement, nous avons connu des exemples frappants de cet effondrement, et il y a eu des enquêtes sur les attitudes de part et d'autre, qui sont mortelles. Si cela était révélé au grand jour, les gens seraient horrifiés du manque de respect qu'il y a là — et cela va dans un sens comme dans l'autre. Il y a ce manque de-respect pour les infirmières et des infirmières pour les médecins. Les motifs et les raisons pour lesquels les gens ne témoignent pas de respect envers l'autre forment une longue liste.

Tout cela existe, et ça ne changera que très lentement. L'adoption d'une nouvelle loi n'est pas la solution. Certes, l'Ontario est passée par là et l'effort de lobbying est intense. Il y a environ 30 ans, le Québec a procédé à une refonte majeure de sa loi. La difficulté que posent les lois sur les professions, c'est qu'elles remplacent un ensemble de contraintes périmées par un ensemble de contraintes à jour. La difficulté réside dans les contraintes elles-mêmes et dans le manque de flexibilité que cela suppose au sein d'une industrie ou d'un secteur d'activité. Par conséquent, il faut mettre l'accent sur la souplesse. Tout s'articule autour d'une façon archaïque d'envisager les rôles à l'intérieur des professions.

Prenez pour exemple le règlement interne du conseil des médecins de tout hôpital d'envergure. C'est un document proprement moyenâgeux: il y est presque uniquement question de statut. La question du statut est importante pour nous tous, je suppose; cela fait partie de la vie. Dans ce cas, toutefois, il s'agit d'un statut établi par une loi. J'ai compté pas moins de 11 catégories professionnelles dans un établissement donné.

is higher than category 9 because it has specific privileges. I cannot understand why, in the 21st century, we enshrine status. We want people to work as teams, but we have antiquated legislation and bylaws in which everything is solidified and the remuneration system singles out one member of the team.

It is a marvel that teams manage to work at all. Whether they like it or not, all these people have to work together, in most instances, and they manage to do it fairly well. However, there are cases of breakdown, and that is tragic because the patient suffers as a result. We tend to hide our faces and deny knowledge of this when it happens. That is why the difficulties are so great.

Even if a way could be found to eliminate the rigidity and positively encourage team-building and the lowering of barriers, de-emphasize status and eliminate changes in the remuneration system, this fight would be too big for any province to take on by itself. Imagine one provincial ministry making an arbitrary health care decision that is not followed in other provinces. The lobby groups would be asking why in one province and not in the others. It must be a coordinated effort because that is what makes "the shoe hurt."

Dr. Vertesi: I would like to add a few comments here. Senator Keon started by saying that too many doctors are doing what nurses should do, and nurses are doing what nurse's aides should be doing. I agree with that, and would add that too many people are doing what no one needs to do.

To a large extent, we are dealing with a natural human phenomenon, which is protecting our own turf — jobs, lifestyle and income. We will not change that. It is tempting to come in with a set of laws to level that out. I do not think it will work, even though it looks attractive, because when government tries to do that, it becomes itself the biggest target. It has the resources and the political vulnerabilities and it is the payer, et cetera. We are seeing lobbying directed at government. If government were removed, these groups would not know where to lobby.

The fee-for-service system was brought up, and yes, it is a problem, but it is also a mixed blessing. It has advantages and disadvantages. The biggest problem is not that it is used, but that the doctors were left to control what the remunerations were and where the money should go.

The best method of dealing with these issues that we talked about, instead of legislation, is probably market competition. The best method for dealing with the guild mentalities is simply to

Tout est défini jusqu'à la dernière virgule — la catégorie 10 est plus élevé que la catégorie 9, car elle comporte des privilèges particuliers. Je ne peux comprendre pourquoi, au XXI^e siècle, nous sacralisons la question du statut. Nous voulons que tout le monde travaille en équipe, mais nous avons des lois et des règlements internes archaïques où tout est pétrifié et où le système de rémunération privilégie un membre particulier de l'équipe.

Il est ahurissant de constater que les équipes parviennent même à travailler. Qu'ils aiment cela ou non, les gens doivent travailler ensemble et, dans la plupart des cas, ils parviennent à le faire assez bien. Tout de même, il y a des cas d'effondrement, et c'est tragique, car c'est le malade qui en souffre. Nous avons tendance à nous voiler le visage et nier que cela existe. C'est pourquoi les difficultés sont si grandes.

Même si nous parvenions à trouver une façon d'éliminer le caractère rigide du régime et d'encourager positivement le travail d'équipe, d'éliminer les obstacles, de minimiser la question du statut et d'éliminer les changements en ce qui concerne le système de rémunération, c'est un combat qu'une province à elle seule ne saurait mener. Imaginez qu'un ministère provincial prenne, dans le domaine de la santé, une décision arbitraire que les autres provinces ne reprennent pas. Les groupes de pression demanderaient pourquoi cela se fait dans une province, mais pas dans les autres. Il faut un effort concerté, car c'est là que le «bât blesse».

Le Dr Vertesi: J'aimerais ajouter quelques commentaires. Le sénateur Keon a commencé en affirmant que les médecins sont trop nombreux à effectuer des tâches qui reviennent aux infirmières et que les infirmières sont trop nombreuses à effectuer des tâches qui reviennent aux aides infirmières. Je suis d'accord sur ce point; j'ajouterais que les gens sont trop nombreux à effectuer des tâches inutiles.

Dans une grande mesure, il est question ici d'un phénomène humain naturel, c'est-à-dire l'instinct territorial — nous protégeons nos emplois, notre mode de vie et notre revenu. Nous n'allons pas changer cela. Il est tentant d'essayer d'imaginer des lois qui feraient échec à cela. Je ne crois pas qu'elles fonctionneraient, même si l'idée paraît attrayante, car quand les pouvoirs publics essaient de faire cela, ils deviennent eux-mêmes la plus grande cible. Il y a les ressources et les vulnérabilités politiques et il y a le payeur et ainsi de suite. Nous constatons que des pressions s'exercent sur le gouvernement. Si le gouvernement était éliminé, ces groupes ne sauraient sur qui mettre de la pression.

La formule de la rémunération à l'acte a été soulevée et, oui, il s'agit d'un problème, mais cela a du bon et du mauvais. J'y vois des avantages et des inconvénients. La plus grande difficulté réside non pas dans l'application de la rémunération à l'acte, mais dans le fait que les médecins ont eu à déterminer quelle elle serait et à décider où l'argent irait.

La meilleure méthode pour régler ces questions dont nous avons parlé serait non pas de recourir à une loi, mais probablement de laisser au marché le soin de décider. La lower barriers and let the associations deal with real people making real choices. I do not suggest it will ever be a completely free market in Canada.

The other question has to do with regional input. I work in an area that has gone through several changes, and I have some thoughts about it. I am a manager as well as a physician, so I deal with both sides of the equation.

Regionalization offers many potential advantages. The emphasis is on the word "potential." There are no real advantages unless other things fall into place. Flexibility of funding, management at arm's length from government, some manpower and so on, must be there.

Although there are many examples of regionalization out there, none is allowed to operate freely. Some of it comes down to the size of regions. Big regions have more clout, but the management is more difficult because part of the advantage of regions is you can get more personal — you know your people and build on those relationships. The way to break this down is to allow them to look at inter-facility issues and needs and make contracts and arrangements with physicians that break out of the fee-for-service mould.

For example, in my region we have begun using "hospitalists." We are able to integrate the hospitalist programs. These doctors are not on fee for service and are paid to stay in the hospital. As they are a small group, their expertise can increase with time. We can expect an improvement in both service quality and efficiency.

The Chairman: Is the hospitalist a general practitioner who does not have a practice as we normally think of it, but is rather a full-time employee of the hospital?

Dr. Vertesi: That is correct. The work of the hospitalist is to manage the patients in the hospital, regardless of who the physicians are, and make sure that when patients are ready to move out of the hospital, the continuity of care is better maintained.

That is one example of an inter-facility program. Since all facilities are not the same — some are small, some are large, some have heart surgery programs and some have trauma while others do not — this lets us go beyond each hospital's individual interests.

Senator Keon: I do not want to create the impression that I think regionalization can solve all the problems, but I have seen the gaps. We cannot supply the health professionals that some of the regions need and we currently have no way of addressing this. We can send people through medical or nursing school or technical college, but we cannot get the right blend of people to

meilleure méthode pour composer avec les mentalités de guilde, c'est simplement de faire baisser les obstacles et de laisser les associations traiter avec des gens en chair et en os qui ont à faire des choix. Je ne laisse pas entendre que le marché ne sera jamais un jour tout à fait libre au Canada.

L'autre question a question à l'apport régional. Je travaille dans un domaine qui a connu plusieurs changements, et j'ai des idées là-dessus. Je suis gestionnaire aussi bien que médecin; j'ai donc affaire aux deux côtés de l'équation.

La régionalisation présente nombre d'avantages éventuels. Il faut mettre l'accent sur le terme «éventuel». Il n'y a pas de véritables avantages à moins que d'autres éléments soient bien organisés. La souplesse du financement, la gestion indépendante des affaires face au gouvernement, certains éléments touchant le personnel et ainsi de suite — certaines conditions doivent être réunies.

Il existe de nombreux exemples de régionalisation, mais dans aucun cas est-il permis d'agir librement. Parfois, c'est la taille de la région qui est en cause. Les grandes régions ont plus d'influence, mais la gestion est plus difficile, car l'avantage des régions tient en partie au fait que c'est plus personnel — on apprend à connaître les gens et à cultiver des liens. La façon de régler le problème consiste à permettre aux gens d'étudier des besoins et des questions interétablissements et à faire des contrats et des arrangements avec les médecins qui se situent en dehors de la formule de la rémunération à l'acte.

Par exemple, dans ma région, nous avons commencé à recourir à des «médecins d'hôpital». Nous sommes en mesure d'intégrer les programmes d'hospitaliste. Ces médecins ne sont pas rémunérés à l'acte; ils sont salariés, pour qu'ils demeurent à l'hôpital. Comme c'est un groupe peu nombreux, son expertise peut s'accroître avec le temps. Nous pouvons nous attendre à une amélioration de la qualité du service et de l'efficience.

Le président: L'hospitaliste est-il un omnipraticien qui n'a pas de cabinet tel que nous l'entendons normalement, un employé à temps plein de l'hôpital?

Le Dr Vertesi: C'est cela. Le travail de l'hospitaliste consiste à s'occuper des patients à l'hôpital, indépendamment des médecins chargés du dossier et qui s'assure, au moment où le malade est prêt à prendre son congé, que la continuité des soins est bien assurée.

Voilà un exemple de programme interétablissements. Comme tous les établissements ne sont pas pareils — certains sont petits, d'autres sont grands, certains ont un programme de chirurgie cardiaque, d'autres, un centre de traumatologie qui n'existe pas ailleurs — nous ne pouvons aller au-delà des intérêts particuliers de chacun des hôpitaux.

Le sénateur Keon: Je ne veux pas donner l'impression que je tiens la régionalisation pour la solution à tous les problèmes, mais j'ai constaté moi-même les lacunes. Nous pouvons «fournir» les professionnels de la santé qu'il faut dans certaines des régions et nous n'avons pour l'instant aucune solution à ce problème. Nous pouvons avoir des écoles techniques ou des écoles de soins

supply the services.

The Chairman: We will recess for lunch until 1:00 p.m.

I want to ensure we cover two topics when we come back and before we adjourn at 3:30: What are some of the funding options you think would make sense for the federal government to introduce, given the fact we are committed to putting some options for raising additional federal funding on the table. Also, what conditions should be attached to that funding such that it ends up in the health care system.

The next question is what is the broader federal role, given the fact it is an issue of provincial jurisdiction? How does one exercise federal leadership, given the constitutional constraints?

The committee recessed.

Upon resuming at 1:00 p.m.

The Chairman: For the information of people watching on television, in Senator Callbeck's previous incarnation, she was Minister of Health and, subsequently, Premier of Prince Edward Island.

Senator Callbeck: I would like to ask about health care funding. As you know, this committee has concluded that the system is not financially sustainable without increased funding. Certainly, many other committees have come to the same conclusion, such as inquiries into health care in Alberta, Saskatchewan, Ontario and Quebec.

From the comments you made earlier, I think that all of you, except maybe Dr. Kenny, agree there should be increased funding. Assuming that, where are we going to get it?

There are all kinds of proposals on the table. The latest one was that of the C.D. Howe Institute, referred to by Mr. Scott, which indicated Canadians should pay a new tax based on the cost of their medical services for that year; that families with an income of \$10,000 or less would not pay the tax; and that there would be a cap of 3 per cent of one's income.

I would like to hear your comments on the whole area of funding and particularly on the C.D. Howe Institute proposal.

Mr. Davis: The first point I would make is that we always frame this in terms of the system not being sustainable at the current funding levels, and I would agree with that. However, I would like to frame it differently and indicate that I think that the system is inexpensive right now. We need to reflect upon the notion that we have an expensive health care system. By most international standards, we do not. Certainly in comparison with the United States, where access and technology standards tend to be at the high end of their system, we are very inexpensive. It may be that we do not have enough money in the system. At the end of

infirmiers ou des facultés de médecine pour former les gens, mais nous n'arriverons pas à la bonne combinaison de gens pour offrir les services.

Le président: Nous allons aller dîner, pour revenir à 13 heures.

Je veux m'assurer que nous allons aborder deux sujets au retour, avant de lever la séance à 15 h 30: quelles sont certaines des options de financement que le gouvernement fédéral aurait intérêt à adopter, à votre avis, étant donné que nous nous engagerons à proposer à ce sujet certaines options? De même, quelles conditions faut-il associer à ce financement, pour que l'argent se retrouve dans le réseau de la santé.

La prochaine question concerne le rôle fédéral au sens large du terme, étant donné qu'il s'agit d'une question qui relève des provinces. Comment exercer un leadership fédéral, étant donné les contraintes constitutionnelles qui s'appliquent?

Le comité suspend ses travaux.

Les travaux reprennent à 13 heures.

Le président: Pour les gens qui regardent la séance à la télévision, avant de devenir sénateur, Mme Callbeck a été ministre de la Santé et, par la suite, première ministre de l'Île-du-Prince-Édouard.

Le sénateur Callbeck: J'aimerais poser une question à propos du financement de la santé. Comme vous le savez, notre comité a conclu que le système n'est pas viable sur le plan financier, si d'autres fonds ne sont pas prévus. Certes, nombre d'autres comités sont parvenus à la même conclusion, notamment à la suite des commissions d'enquête portant sur les soins de santé en Alberta, en Saskatchewan, en Ontario et au Québec.

D'après les observations que vous avez faites plus tôt, avec l'exception possible de la Dre Kenny, je crois que vous êtes tous d'accord pour accroître le financement. En présumant que c'est la voie à emprunter, où allons-nous aller chercher l'argent?

Il y a toutes sortes de propositions qui ont été faites. La dernière provient de l'Institut C.D. Howe, M. Scott en a parlé. Selon cette proposition, les Canadiens devraient verser une nouvelle taxe établie à partir du coût de leurs services médicaux pour l'année; les familles ayant un revenu de 10 000 \$ ou moins ne verseraient pas la taxe en question; et il y aurait une limite équivalant à 3 p. 100 du revenu de la personne.

J'aimerais savoir ce que vous pensez de la question du financement dans son ensemble et particulièrement de la proposition de l'Institut C.D. Howe.

M. Davis: D'abord, je soulignerais que nous formulons toujours la question en ces termes: le système n'est pas viable si le financement demeure le même, et je suis d'accord sur ce point. Toutefois, j'aimerais formuler la question différemment et souligner que le régime, à mon avis, n'est pas coûteux en ce moment. Nous devons réfléchir à la notion selon laquelle nous aurions un réseau de la santé qui est coûteux. Une comparaison internationale permet le plus souvent de voir que ce n'est pas le cas. Certes, en comparaison avec les États-Unis, où les normes d'accès et de technologie ont tendance à être très élevées, notre

the day, you get what you pay for.

The belief that some magical efficiency will come along that will generate productivity levels in our health care system that are beyond anything that exists anywhere on this planet is naive and unrealistic.

As for where this additional money is to come from, as people say, there is only one payer. In Canada, the people who generally pay the freight are the middle class. Low-income Canadians do not pay for much in this country. We have a good safety net program that insulates them from most of the cost of programs and services.

The question is whether it will come through general income tax, through dedicated taxes, or through some attempt to link payment to utilization of the system.

There is one other option, which is whether we have some ability to use the system as a revenue generator. For example, could the Ottawa Heart Institute generate significant revenues for the system if it looked outside Canada and had a different business model? All of those things need to be looked at.

The notion that higher levels of income tax are required to pay for the system will not fly. There is a sense that Canadians do not want higher levels of taxation. They probably do not have enough faith in government to believe that that higher level of taxation will translate into improved access to health care services.

Dedicated taxes and revenues make sense. I would like to see an incentive in that package that focused on the wellness and health side of the agenda.

There is a lot to gain, although not perhaps in terms of savings to the health care system — I agree with my colleagues' comments on that — but in terms of increased productivity and the avoidance of pain and suffering and human misery, I think there is potential benefit.

To some extent, we are the victims of our own success. We are doing more and achieving more than ever before in the health care system. We are spending more money, but the results are there. It is not necessarily a bad thing. The discussion is about the right priority for those resources.

In terms of the dedicated tax and dedicated revenues, I would like to see some opportunity for those dedicated revenues, at least, to be raised and managed at the local level. I am always concerned that we look for provincial and national approaches to solutions. The framework needs to be national, and provincial, in some cases. However, we want to ensure that we do not block local innovation and flexibility with large bureaucratic enterprises,

régime n'est pas du tout coûteux. L'argent que nous injectons dans le réseau de la santé n'est peut-être pas suffisant. En dernière analyse, on en a pour son argent.

Il est naïf et irréaliste de croire qu'il y aura une mesure magique qui viendra améliorer les niveaux de productivité dans notre réseau de la santé, au-delà de tout ce qui existe ailleurs sur la planète.

Quant à la source des fonds supplémentaires, comme les gens disent, il n'y a qu'un payeur. Au Canada, ceux qui payent sont généralement les membres de la classe moyenne. Les Canadiens à faible revenu ne paient pas grand chose au pays. Nous avons un bon programme de sécurité sociale qui leur permet d'éviter la majeure partie des coûts engagés pour les programmes et les services.

La question consiste à savoir si les fonds proviendront des recettes fiscales générales, d'un impôt spécialement affecté ou d'une mesure visant à faire le lien entre le paiement et le recours au régime.

Il existe une autre option, mais il faut savoir si nous pouvons utiliser le régime pour générer des recettes. Par exemple, l'Institut de cardiologie d'Ottawa pourrait-il générer des recettes importantes pour le régime, s'il regardait du côté étranger et adoptait un modèle d'affaires différent? Il faut étudier toutes ces options.

La notion selon laquelle il faut des impôts plus élevés pour financer le régime ne l'emportera pas. On estime que les Canadiens ne veulent pas d'une augmentation du niveau d'imposition. Il est probable qu'ils ne fassent pas suffisamment confiance au gouvernement pour croire que l'augmentation du niveau d'impôt se traduirait par un meilleur accès aux services de santé.

Les impôts spéciaux et les recettes qui en découlent représentent une option logique. Parmi les mesures incitatives dont il serait question, j'aimerais en voir une qui privilégie le côté mieux-être et santé du dossier.

La formule serait très avantageuse, bien que ce ne soit peut-être pas sur le plan des économies pour le réseau — je suis d'accord avec mes collègues là-dessus — mais au sens où on augmenterait la productivité tout en évitant la douleur et la souffrance et la misère humaine, voilà ce qui serait un avantage considérable.

Dans une certaine mesure, nous payons le prix du succès de notre régime. Nous en faisons plus, nous en accomplissons plus que jamais auparavant dans le réseau de la santé. Nous y consacrons plus d'argent, mais cela donne des résultats. Ce n'est pas forcément une mauvaise chose. La discussion vise à déterminer à quoi il faut attribuer les ressources en priorité.

Pour ce qui est d'un impôt spécial et de revenus résevés à la santé, j'aimerais qu'il y ait une certaine possibilité d'amasser et de gérer, tout au moins, ces revenus spéciaux à l'échelon local. Je me soucie toujours de ce qu'on recherche des approches provinciales et nationales en vue de régler un problème. Le cadre doit être national, et provincial, dans certains cas. Tout de même, nous voulons nous assurer de ne pas freiner l'innovation et la souplesse

whether they are arm's length from government or government themselves. It is difficult for them to be nimble and responsive to the local community.

I think Canadians would pay dedicated taxes and would accept the raising of revenues at the local level, as long as they can see them going into health services and producing very tangible results such as improved access.

The Chairman: Would you give me some illustrative examples of revenue raised at the local level? In your opening statement, as I recall, you made an oblique observation that, for example, one could build a new institution and pay for it by having some portion of the procedures carried out there service people who did not live in Canada. Is that what you mean by raising revenue at the local level?

Mr. Davis: There is a combination of things we have not looked at. Again, as Canadians, we are generally happy to give away whatever we have of value. Sometimes we even "buy the stamp," as we say. There are things that we have to start doing. We provide a great deal of training and expertise internationally. We should be charging for that.

The Chairman: In terms of training foreign doctors?

Mr. Davis: Foreign physicians, health care providers. They are in Canada all the time, learning from our expertise at very little or no cost, and that is often not reciprocated, especially south of the border.

There is a lot of opportunity to move into the wellness area. It is unregulated now. I know it is controversial, but I think there is a big opportunity in the area of wellness scanning and programming associated with wellness. There is a big opportunity to work with companies and corporations in the mental health area. We must move into some of those fields. We cannot leave all the revenue generation to the private sector. We have to start joint ventures and get into some of that action ourselves in order to raise revenue.

We need to look at some of the more complex areas. Clearly we have a superior system in terms of quality, so why would we not look at providing services to uninsured individuals, probably mostly Americans, in a way that would generate revenue both for our providers and for the publicly funded system? We need to get full cost recovery from our WCBs. We have largely allowed the insurance industry a free ride at the expense of publicly funded health care.

localement en instaurant de grandes entreprises bureaucratiques, qu'elles soient indépendantes des pouvoirs publics ou non. Les pouvoirs publics ont de la difficulté à demeurer souples et à s'adapter à la collectivité locale.

Je crois que les Canadiens payeraient un impôt spécialement affecté et qu'ils accepteraient que des recettes soient générées localement, dans la mesure où ils voient bien que l'argent est investi dans les services de santé et qu'il produit des résultats très concrets, par exemple une amélioration de l'accès.

Le président: Pouvez-vous me donner des exemples pour illustrer la génération de recettes à l'échelon local? Dans votre déclaration d'ouverture, si je ne m'abuse, vous avez fait référence indirectement à la possibilité, par exemple, de construire un nouvel établissement et d'en assurer le financement en pratiquant une part des interventions sur des gens qui ne vivent pas au Canada. Est-ce cela que vous voulez dire quand vous parlez de générer des recettes à l'échelon local?

M. Davis: Il y a une combinaison d'éléments que nous n'avons pas étudiés. Encore une fois, en tant que Canadiens, nous sommes heureux, généralement, de brader ce que nous avons de valeur. Parfois, il nous arrive même de «payer le transport». Il faut commencer à agir sur ce front. Nous sommes très présents pour ce qui est de fournir de l'information et de l'expertise sur le plan international. Nous devrions exiger un bon prix pour cela.

Le président: Vous parlez de la formation des médecins étrangers?

M. Davis: Les médecins, les fournisseurs de soins de santé étrangers. Il y en a toujours au Canada qui profitent de notre expertise en échange d'une modeste somme d'argent, sinon gratuitement, et souvent le geste réciproque ne vient pas, surtout quand on pense à nos voisins du Sud.

Il y a beaucoup à faire dans le dossier du mieux-être. Il n'y a pas de réglementation pour l'instant. Je sais que c'est une question controversée, mais il y a beaucoup à faire dans le domaine des examens de mieux-être et des programmes associés au mieux-être. Il y a beaucoup à faire pour ce qui est de la collaboration possible avec les entreprises et les grandes sociétés dans le domaine de la santé mentale. Nous devons nous engager dans certains de ces domaines. Nous ne pouvons laisser toujours la génération de recettes au secteur privé. Nous devons lancer des projets de coentreprise et nous lancer dans ce domaine pour générer des recettes.

Nous devons étudier certains des secteurs plus complexes. Sans nul doute, nous avons un régime supérieur pour ce qui est de la qualité, alors pourquoi ne pas envisager de fournir des services à des personnes non assurées — ce sera probablement des Américains, pour la plus grande part — d'une façon qui générerait des recettes pour nos fournisseurs aussi bien que pour le régime public? Nous devons obtenir le recouvrement intégral des coûts du côté des accidents du travail. Pour une grande part, nous avons permis à l'industrie de l'assurance de profiter sans payer du réseau public de la santé.

We need to have full cost recovery. If we are to run this thing more like a business, we have to shore up the revenue side. Most businesses, while they look at cost cutting, also look at revenue when they develop their future business plans. Our focus in health care has traditionally been on cost cutting, productivity gain and efficiencies. We must take a more balanced approach.

We may also have information that has the potential to generate revenue. We have to look at that again. We cannot be giving everything away. When you give something away, you sometimes send a message that it does not have much value, so why would people be interested in it?

We have to look at a range of things. There is a market for many of these products and services, and the credibility of regional health authorities and regional hospital systems that put their name on this information and these services gives us a competitive advantage. Whether we deliver something ourselves or through a joint venture, we need to look at the best business model for whatever location happens to be looking at the options, but they are there.

The Chairman: You are saying that in looking at some of the non-insured services, wellness services and so on, a fitness centre brought to you by the Ottawa Heart Institute would have greater credibility than some others?

Mr. Davis: Maybe not a fitness centre per se, but a full wellness work-up, including some high-end diagnostics, and then a referral to a group of fitness centre trainers who have been approved by the Ottawa Heart Institute. That kind of package is attractive. We know that kind of package is being sold now. Do we want to share in that revenue? Do we want the publicly funded health care system to benefit from that? We should only be raising revenue as a return on our capital investment to improve the system. We are not raising revenue for profit or for shareholders, but to benefit the public.

The Chairman: You are raising the revenue for reinvestment in the system, and therefore it would be important that it not go back to provincial coffers.

Dr. Vertesi: I agree with much of what Mr. Davis said, and in fact we have discussed some of this. We have to be careful not to use words such as "profit," but rather words like "surplus." That implies that it is not our money to keep. We reinvest it.

I agree we need more money in the system. I think almost everyone agrees with that. It is useful to look at extra money in two different sectors. One is money for capital investment, and the other is money targeted specifically for operations related to Nous devons instaurer un recouvrement intégral des coûts. S'il faut mener la barque davantage à la manière d'un entrepreneur, il faut mieux s'occuper du côté «revenu». La plupart des entreprises, pendant qu'elles cherchent à réduire les coûts, regardent aussi du côté des revenus pour élaborer leur futur plan d'affaires. De tradition, dans le domaine de la santé, nous avons cherché à réduire les coûts, à augmenter la productivité et l'efficience. Nous devons adopter une approche plus équilibrée.

De même, nous disposons peut-être d'informations susceptibles de générer des recettes. Nous devons étudier cette question à nouveau. Nous ne pouvons tout donner. Quand on donne quelque chose, on fait parfois voir que cette chose n'a pas beaucoup de valeur, alors pourquoi les gens s'y intéresseraient-ils?

Nous devons envisager toutes sortes de mesures. Il existe un marché pour un grand nombre des produits et services en question, et la crédibilité des administrations régionales de la santé et des réseaux régionaux d'hôpitaux qui «signent» cette information et ces services nous donnent un avantage concurrentiel. Que nous prenions en charge nous-mêmes l'exécution ou qu'il s'agisse d'un projet conjoint, nous devons rechercher le meilleur modèle de fonctionnement possible pour l'endroit où on se trouve à envisager les options, mais tout cela existe.

Le président: Vous êtes en train de dire que pour ce qui touche certains des services non assurés, des services de mieux-être et ainsi de suite, un centre de conditionnement physique qui ait l'appui de l'Institut de cardiologie d'Ottawa aurait une crédibilité plus grande que certains autres?

M. Davis: Peut-être pas un centre de conditionnement physique, mais un examen de mieux-être complet, comprenant certaines épreuves de diagnostic de premier ordre puis la recommandation d'un groupe d'entraîneurs d'un centre d'entraînement qui ont reçu l'approbation de l'Institut de cardiologie d'Ottawa. Ce genre d'ensemble est intéressant. Nous savons que c'est un forfait qui est actuellement en vente quelque part. Est-ce que nous voulons une part de ces recettes? Est-ce que nous voulons que le réseau public que la santé en bénéficie? Nous devrions seulement amasser des revenus en tant que rendement sur notre investissement de capital pour améliorer le régime. Nous n'amassons pas des fonds pour un but lucratif ou pour des actionnaires, mais plutôt pour que cela profite au public.

Le président: On génère des recettes en vue de les réinvestir dans le régime; par conséquent, il serait donc important que cela ne retourne pas dans les coffres des provinces.

Le Dr Vertesi: Je suis d'accord avec une bonne part de ce que M. Davis a dit, et, de fait, nous en avons quelque peu discuté. Il faut faire attention au choix de termes, et parler de «surplus» plutôt que de «profit». Cela veut dire que l'argent ne nous revient pas. Nous réinvestissons l'argent.

Je suis d'accord pour dire qu'il faut investir plus d'argent dans le réseau. Je crois que tout le monde est d'accord sur ce point. Il est utile d'étudier les sources possibles de fonds dans deux secteurs différents. Le premier concerne l'investissement de capitaux, et work done. We are under-capitalized in health care in Canada, and it is largely because in the public model, we are trying to cut back, and these are big expenses.

At the same time, we do not necessarily do a good job when we do invest capital. We still have a vacant building in Vancouver 10 years after it was built for Vancouver General Hospital. That was a huge amount of money.

The Chairman: Why is it not used?

Dr. Vertesi: Because once it was built, we went into a cost-cutting phase, and could not afford to staff and run it.

The Chairman: Ottawa once bought a machine that sat around in a crate because there was no money to operate it.

Dr. Vertesi: This is a huge eyesore in Vancouver. It is a testament to the fact that government does not always get these things right.

At any rate, the other problem with attracting capital is that the hospitals run on global budgeting, and global budgets never attract capital; service-based budgets do. For an example, I can cite the laboratory systems. In British Columbia, and perhaps it is the same in other provinces, we pay labs to provide the services, and therefore the government does not have to build all the labs. We attract a huge amount of outside money for building labs and operating the services. The government sets the rates and only pays for the services provided. Some private clinics are operating that way. Doctors' offices are an excellent example of a way that fee for service can attract outside capital to build facilities, and they can be operated independently. The services that government really wants and is willing to pay for are provided. We do not do this with hospitals, and we should.

The other side is public revenue in the form of general taxes that come into the health care system. I believe that the public is prepared to put more money into their public health system, but not into taxes that go into general revenue. It is a trust issue. The record on governments taxing people and then ensuring that money goes into designated services is not good, or at least certainly the perception is that it is not good. The trust has been broken. People do not want to give money to governments and have it just disappear. They are prepared to do so if they are assured that the money will go into health care, and especially into health care in their local area. This has not been sufficiently tapped.

l'autre a rapport à l'argent prévu particulièrement pour des opérations relatives à des travaux accomplis. Il y a une sous-capitalisation de la santé au Canada, et, pour une bonne part, c'est parce qu'il s'agit d'un modèle public, que nous essaierons d'apporter des compressions et que ce sont des dépenses très importantes.

En même temps, nous n'investissons pas forcément nos capitaux avec la plus grande rigueur. Il y a encore à Vancouver, dix ans plus tard, un bâtiment vide qui était destiné à devenir le Vancouver General Hospital. Une somme d'argent énorme a été investie.

Le président: Pourquoi le bâtiment est-il vide?

Le Dr Vertesi: Parce qu'une fois le bâtiment construit, nous avons commencé à réduire les coûts, et nous n'avions pas les moyens d'y affecter du personnel et de le faire fonctionner.

Le président: Ottawa a déjà acheté une machine qui est demeurée dans la boîte parce qu'il n'y avait pas d'argent pour la faire fonctionner.

Le Dr Vertesi: Il y a ce bâtiment qui fait de la peine à voir à Vancouver. Cela montre bien que le gouvernement n'est pas infaillible pour ces choses.

De toute manière, l'autre difficulté pour ce qui est d'attirer des capitaux, c'est que le fonctionnement des hôpitaux repose sur un budget global; or, les budgets globaux n'attirent jamais de capitaux; les budgets de services en attirent. Par exemple, il y a les réseaux de laboratoires. En Colombie-Britannique, et c'est peut-être la même chose dans d'autres provinces, nous versons de l'argent aux laboratoires pour qu'ils nous fournissent les services requis; de ce fait, le gouvernement n'a pas à construire tous ces laboratoires. Nous attirons des sommes d'argent énormes pour la construction de laboratoires et la prestation de services. Le gouvernement fixe les tarifs et ne paie que les services fournis. Certains centres de santé privés fonctionnent de cette façon. Les cabinets de médecins constituent un excellent exemple de la façon dont la rémunération à l'acte peut attirer des capitaux extérieurs pour la construction d'établissements, et ils peuvent fonctionner indépendamment. Les services que le gouvernement souhaite obtenir et pour lesquels il est prêt à payer sont fournis. Nous ne procédons pas de la même façon avec les hôpitaux; or, nous devrions.

L'autre aspect de la question concerne les recettes publiques qui prennent la forme de recettes fiscales générales investies dans le réseau de la santé. Je crois que le public est prêt à investir plus d'argent dans son réseau public de la santé, mais pas pour des taxes qui font partie des recettes générales. C'est une question de confiance. Le bilan des administrations gouvernementales qui imposent le revenu des gens, puis garantissent que l'argent recueilli sera consacré à certains services désignés n'est pas reluisant — tout au moins c'est la perception. Le lien de confiance a été rompu. Les gens ne veulent pas donner de l'argent aux pouvoirs publics et constater que celui-ci ne fait que disparaître. Ils sont prêts à le faire si on les rassure sur le fait que l'argent ira aux soins de santé, et surtout aux soins de santé locaux. C'est une voie que nous n'avons pas suffisamment exploitée.

This goes back to what we talked about earlier, which is an arm's-length agency that can be seen to be trusted with that money. That money is going where people can see it, and not into general coffers. It is another reason why such an arm's-length agency to run health care is important.

Even if we are successful in raising more money, let's not delude ourselves into thinking it will be enough. Even in the States, where they have a lot more money, they do not have enough. I think the important thing is not that the public perceives it to be enough, but that we are providing care to people. Right now, we are not just making people wait, we are actually denying care to many, and that is the truth.

Mr. Forget: I do not have a lot to add to what Mr. Davis and Dr. Vertesi have just said, because I agree with their remarks.

Earmarked levies are the only feasible way to raise additional revenue. I do not think I would use them just from the incremental aspect, because some of the basic funding could be done in this way as well. Otherwise, it creates a misleading impression that the entire cost of the health system is borne by a very small levy, which itself creates a problem.

One important issue of principle—it goes back to what Dr. Vertesi was just saying—is that even with additional money, the problem of scarce resources will not disappear. My approach would be that we have to look at our public commitment to health as finite—although perhaps greater than it is now. In other words, Canadians, through their governments, have to make up their minds—and this may evolve over time—that they want to put this amount of resources into health and no more, and then recognize the consequences of that.

In what way would that be different? Presently, the system is being driven the other way, with the implicit promises from governments that everything is provided; it is a universal system that is portable and comprehensive, which gives the impression that the resources are unlimited. The implicit promise is that whatever technology, new requirements or new expectations emerge, they are covered, and therefore, expenditure determines revenue requirements.

I believe we have to say that our economy and our collective will, in terms of devoting public resources to health care, has a finite limit. We need a system in which for some segments of health services, we do not necessarily say that we will not cover them at all, but we will cover them at a lower rate. In other words, the public has to share in the notion that there are certain things that you will not fund 100 per cent. That has to be made more explicit, otherwise I believe that the disparity between the implicit promise of the system and what it delivers will continue. That is, not only the resource gap, but also the credibility gap, will

Cela nous ramène à ce dont il était question plus tôt, soit un organisme indépendant à qui l'argent peut être confié sans crainte. L'argent va où les gens peuvent le voir et non pas dans le Trésor général. C'est une autre des raisons pour lesquelles un organisme indépendant chargé de faire fonctionner le réseau de la santé est important.

Même si nous parvenons à amasser plus d'argent, ne nous faisons pas d'illusion en croyant que cela suffira. Même aux États-Unis, là où il y a beaucoup d'argent, les fonds manquent. Ce qui est important, à mon avis, c'est non pas que le public perçoive cela comme étant suffisant, mais plutôt que nous fournissions des soins aux gens. En ce moment, non seulement nous faisons attendre les gens, mais nous leur refusons les soins dans de nombreux cas, et c'est la vérité.

M. Forget: Je n'ai pas beaucoup à ajouter à ce que M. Davis et le Dr Vertesi viennent de dire, car je suis d'accord avec leurs remarques.

Les prélèvements spéciaux représentent la seule façon viable de générer des recettes supplémentaires. Je crois que j'y recourrais non seulement pour l'aspect progressif, mais aussi parce qu'une certaine part du financement de base pourrait fonctionner de cette façon. Sinon, on crée une impression erronée, soit que les coûts intégraux du réseau de la santé proviennent d'un très petit prélèvement, ce qui, en soi crée un problème.

Une question de principe importante — cela renvoie à ce que le Dr Vertesi vient de dire —, c'est que même sans fonds supplémentaires, le problème des ressources rares ne disparaît pas. Mon approche, c'est que nous envisagerions notre engagement public envers la santé comme étant limité — même si ce serait peut-être un peu plus important que ce l'est à l'heure actuelle. Autrement dit, les Canadiens, par le truchement de leurs pouvoirs publics, doivent se décider — et il y aura peut-être une certaine évolution au fil du temps — souhaitent-ils mettre telle part de ressources dans la santé et rien de plus, et reconnaître les conséquences de cette décision?

En quoi cela serait-il différent? À l'heure actuelle, c'est l'inverse qui est l'élément moteur du système; les pouvoirs publics laissent entendre que tout est fourni; que c'est un régime universel qui est transférable et complet, et cela donne l'impression que les ressources sont illimitées. Une chose est promise implicitement: quelle que soit la technologie, les exigences ou les attentes nouvelles qui puissent se présenter, c'est prévu et, par conséquent, ce sont les dépenses qui déterminent les exigences en revenus.

Je crois que nous devons dire que notre économie et notre volonté collective — pour ce qui est de consacrer des ressources publiques à la santé — ont une limite. Nous avons besoin d'une formule où, pour certains segments des services de santé, nous décidons de ne pas forcément tout couvrir, mais nous allons couvrir les éléments visés à un tarif moins élevé. Autrement dit, le public doit adhérer à la notion selon laquelle il y a certains éléments qui ne seront pas financés à 100 p. 100. Il faut expliciter cela, sinon je crois que la disparité entre la promesse tacite qui est associée au régime et ce qui est offert dans les faits se maintiendra.

continue, undermining the entire system. Therefore, revenue must determine expenditure, and not the other way around. We presently have it the wrong way around.

Mr. Lozon: I agree with what everyone has said so far and I have a couple of other observations. The reason you would want a dedicated levy for health is, in part, to protect other public services from health care, because it is essentially swallowing up provincial revenue streams at a great rate. Not only do you want to be able to be accountable for the dollars that are raised, but you also want to ensure that people do not go wanting in areas such as higher education, public education, roads and social services because of the health care requirement.

Next, I would add that in Great Britain, most of the new facilities are being built under a private financing initiative, where they are actually built, owned and operated by private consortiums, and the regional health authorities, as occupiers, are essentially tenants.

I will take a divergent view here. When you take the notions of a private insurance system and user fees out of the discussion, you are left inevitably with the question of tax increases, whether dedicated or not. I would like to raise this: Why not allow individuals to purchase health insurance that would provide them with another level of care, as long as we Canadians continue to provide the social safety net of which we are enormously proud? The record of the organization of which I am president is 110 years of unrequited service to the most disadvantaged in our society. Why not allow individuals who have the wherewithal to say, "I do not want to have to wait six months for my hip replacement," to buy that service?

The Chairman: That is a legitimate point of view. What you mean by "another level of care" is essentially a parallel system of some kind. Would you see that service being provided at the same institution that provides service to publicly funded patients, or in a separate one?

Mr. Lozon: You would have to be careful about how and where you provided it. To some extent, what Mr. Davis was talking about, providing excellent care and services to people from the United States, is not a fundamentally different concept. That would be offered to people from outside our country, while people inside would not be able to get it.

C'est-à-dire que non seulement le manque de ressources, mais aussi le manque de confiance va continuer à miner le régime entier. Il faut donc que ce soit les recettes qui déterminent les dépenses et non pas l'inverse. En ce moment, nous avons cela à l'envers.

M. Lozon: Je suis d'accord avec ce que tout le monde a dit jusqu'à maintenant, et j'ai quelques observations à formuler moimême. Si on voulait d'un prélèvement spécial pour la santé, en partie, ce serait pour protéger d'autres services publics de la santé, parce que celle-ci, essentiellement, est en train d'avaler goulûment toutes les autres recettes des provinces. Non seulement on veut pouvoir rendre compte de l'argent amassé, mais également on veut s'assurer que les gens ne souffrent pas d'un manque dans d'autres domaines comme l'enseignement supérieur, l'éducation publique, les routes et les services sociaux, compte tenu des exigences de la santé.

Ensuite, j'ajouterais que, en Grande-Bretagne, la plupart des nouvelles installations se construisent grâce à une nouvelle initiative privée de financement; ce sont des consortiums du secteur privé qui se chargent, de fait, de la construction et du fonctionnement de l'ensemble et qui en sont les propriétaires. Les administrations régionales de la santé occupent les locaux; essentiellement, ce sont des locataires.

Je vais adopter ici un point de vue divergent. S'il n'est plus question d'une assurance privée et de frais d'utilisation, inévitablement, il reste la question des augmentations d'impôt, que ce soit un impôt spécialement affecté ou non. Je soulèverais la question suivante: pourquoi ne pas permettre aux gens qui le veulent de contracter une assurance-santé qui leur accorderait un niveau de soins autre, dans la mesure où, en tant que Canadiens, nous continuerons d'avoir en place le filet de sécurité sociale dont nous sommes incroyablement fiers. Le bilan de l'organisation dont je suis président — elle existe depuis 110 ans — laisse voir un service offert sans contrepartie aux personnes les plus défavorisées de notre société. Pourquoi ne pas permettre aux personnes qui ont ce qu'il faut pour dire: «Je ne veux pas attendre pendant six mois pour un remplacement de la hanche» d'acheter le service en question?

Le président: C'est un point de vue légitime. Quand vous parlez d'un «autre niveau de soins», essentiellement, vous parlez d'un système parallèle sous une forme ou une autre. Entrevoyez-vous que le service en question serait fourni au même établissement qui fournit le service aux malades du régime public, ou est-ce que ce serait un établissement distinct?

M. Lozon: Il faudrait faire attention à la manière de fournir le service et à l'endroit choisi. Dans une certaine mesure, ce dont M. Davis parlait — fournir d'excellents soins et d'excellents services aux gens des États-Unis — ne revient pas à quelque chose de fondamentalement différent. Ce serait là offrir un service à des gens qui ne vivent pas au pays, alors que les gens du pays ne pourraient les obtenir.

Senator Morin: I do not think Mr. Lozon answered the question. Would you have these services in separate hospitals? The British system has separate, private hospitals. The Swedes have private insurance, but 10 years ago they did not have private hospitals.

Mr. Lozon: I did not answer it directly because I do not really know the answer. I would proceed from the premise that all people should have access to care, and then where this other level of service is provided would be determined by what would do the least harm, or no harm, to the first principle.

Mr. Davis: One of the fundamental prerequisites for providing that enhanced level of care — and I agree with it, by the way, and I agree it is not dissimilar to selling services to third-party payers from outside the country — is there would have to be a guarantee of maximum wait times for the publicly funded system. If you want to get your hip done in a week and a half because you want to be ready for the golf season, that cannot be at the expense of somebody in the publicly funded system, who has to wait longer. We need to get our heads around moving to more open access or guaranteed maximum wait times, and then we can layer in enhanced levels of service and selling services to third-party payers.

I think a mix of private/public delivery facilitates those enhanced-level services to the third-party payers, because some of that private side, and even some of the public side, may be financed by the revenue generated. That will create more volume and more activity in the system. It would probably create a greater critical mass of providers. There is a great deal of benefit for the publicly funded system. To not consider that thoughtfully is probably a major error. I know the committee has touched on the topic and thought it through. I congratulate you on that.

Mr. Scott: I would not encourage any parallel private activity because the primary beneficiaries of that are also the people who drive the political system most effectively. They could then save money in health care because the drivers are well taken care of. That is not what I wanted to talk about.

The Chairman: That was simply an aside.

Mr. Scott: Absolutely. I believe that there ought to be a hierarchy, beginning with long-term, stable funding for what we are attempting to do now in the system. Then the next part is the catching up. I suspect Mr. Lozon has better numbers than I, but there is no question that we lost ground on many of the basics in the 1990s because of the substantial cutbacks and reforms that tended to put us behind in a number of areas. That may not be a long-term expense.

There are also items that I believe have not been dealt with, such as information. Mr. Lozon referred to the amount of money that has been set aside to work on the electronic health record. Management information in the health system is absolutely crucial. I see no evidence that any government has ever felt that it

Le sénateur Morin: Je ne crois pas que M. Lozon ait répondu à la question. Est-ce que ces services seraient fournis dans des hôpitaux distincts? Le régime britannique compte des hôpitaux distincts, privés. Les Suédois ont une assurance privée, mais il y a dix ans, ils n'avaient pas d'hôpitaux privés.

M. Lozon: Je n'ai pas répondu directement à la question parce que je ne connais pas la réponse à la question. Je me donnerais pour prémisse que tous les gens ont le droit d'accéder aux soins, et les cas où cet autre niveau de services s'applique serait fonction de ce qui transgresse le moins le premier principe, sinon pas du tout.

M. Davis: Une des premières conditions fondamentales pour que ce niveau de soins améliorés puisse être fourni — et je suis d'accord, soit dit en passant et je conviens que cela s'apparente à la vente de services à des tiers payeurs de l'extérieur du pays —, c'est qu'il y aurait une garantie de délai maximal pour le régime public. Si vous souhaitez être opéré à la hanche dans un délai d'une semaine et demie parce que la saison de golf approche, cela ne peut se faire au détriment d'un patient du réseau public, qui aurait à attendre davantage. Il faut se faire à l'idée de passer à un régime où l'accès est élargi et où le temps d'attente maximal est garanti, puis il sera possible d'ajouter des niveaux de services améliorés et de vendre des services à de tiers payeurs.

Je crois qu'une combinaison réseau privé-réseau public facilite la prestation des services à niveau amélioré en question à l'intention de tiers payeurs, parce que les recettes générées permettraient de financer une partie du côté privé, voire une partie du côté public. Cela déboucherait sur un plus grand volume et sur une plus grande activité à l'intérieur du régime. Il en résulterait probablement une plus grande masse critique de fournisseurs. Il y a là un avantage considérable pour le réseau public. Refuser d'étudier la question rigoureusement serait probablement une grande erreur. Je sais que le comité a abordé le sujet et y a réfléchi mûrement. Je vous en félicite.

M. Scott: Je n'encouragerais pas d'activité privée parallèle parce que les principaux bénéficiaires sont aussi les gens qui font tourner le plus efficacement les rouages du système politique. Ils pourraient alors économiser de l'argent en santé parce que la question des éléments moteurs serait bien réglée. Ce n'est pas de cela que je voulais parler.

Le président: C'était simplement une parenthèse.

M. Scott: Tout à fait. Je crois qu'il devrait y avoir une hiérarchie, à commencer par un financement stable et à long terme de ce que nous essayons maintenant de faire dans le cadre du régime. Ensuite, il y a le retard à rattraper. Je présume que M. Lozon dispose de meilleures statistiques que moi, mais, cela ne fait aucun doute, nous avons perdu du terrain pour nombre d'indicateurs de base durant les années 90, en raison des compressions et réformes importantes qui ont eu tendance à nous faire perdre du terrain dans plusieurs secteurs. Ce n'est peutêtre pas d'une dépense à long terme dont il s'agit.

Il y a également des aspects dont nous n'avons pas traité, par exemple l'information. M. Lozon a parlé des sommes d'argent mises de côté pour le fichier électronique de la santé. La gestion de l'information dans le réseau de la santé représente une question absolument capitale. Je ne vois pas quoi que ce soit qui prouve

should invest any money in it. In fact, I presume that some have a policy somewhat like Ontario's, which is that there is no money for management of information — you have to find that yourself.

Thus, we remain in the dark ages on information. That will continue, without some dedicated funding, simply because there is absolutely no public appreciation of the value of information systems as opposed to an extra ambulance, a new wing on a hospital or a new cardiac catheter program in a certain institution. That thinking is so well entrenched in our system that we will never be able to learn many of the things we should know if we are to run a much more efficient system without dedicated money for information systems. I would put that as my highest priority.

My second-highest priority is to tackle home care and drugs because they are so interrelated with everything else. As long as there is no effort or coordination in that direction, we will have trouble working effectively with the traditional hospital-doctor mix.

As to the specific form of revenues, I already touched on that in my remarks. They have to be dedicated, and the GST is a very good test, because if people want to pay for it, they will notice it every day. I just read about the C.D. Howe proposal yesterday and am still dealing with it. However, I urge the members of this committee to look at it more closely. There are numerous instruments that could be used within that type of formula that might prove to be attractive, although I am not prepared to endorse it at this time. It is quite creative and provides the opportunity to address a number of the items on the list.

The Chairman: As an observation, the C.D. Howe proposal essentially says that at the end of each calendar year, you receive a statement from the government that says you are deemed to have had additional income that is equal to the total costs of the health care treatment you received during the year, up to 3 per cent of your income. It is interesting that the structure of the proposal dates back to 1961, when the idea of a national health care system was first raised. Subsequently, that feature was dropped. It goes back 30 or 40 years.

Dr. Kenny: I will say two things. On wellness scanning, I would like to ask a question of Mr. Lozon, if I may.

Let us be careful, when we find things to sell that are not covered, that they do not conflict with our deep desire to ensure that whatever we provide is evidence based. We can sell anything to anyone in the name of health care, and "wellness screening" is causing hives to break out all over my body. We have to be careful that in the name of one goal, we do not compromise

qu'un gouvernement quelconque n'a jamais estimé qu'il fallait investir là-dedans. De fait, je présume que certains ont une politique qui s'apparente à celle de l'Ontario, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'argent pour la gestion de l'information — vous devez trouver des fonds vous-même.

Par conséquent, nous en sommes encore à l'âge des ténèbres sur le plan de l'information. Cela demeurera, s'il n'y a pas de fonds prévus particulièrement pour cela, simplement parce que le public n'accorde pas du tout de valeur aux systèmes d'information, si on compare cela à des services ambulanciers supplémentaires, à la nouvelle aile d'un hôpital ou à un nouveau programme de cathéter cardiaque quelque part. Cette façon de penser est si bien enracinée dans notre réseau que nous n'allons jamais être en mesure d'apprendre nombre des choses que nous devrions apprendre, si nous souhaitons avoir un réseau beaucoup plus efficace, s'il n'y a pas d'argent pour les systèmes d'information en particulier. J'y accorderais la toute première place dans mon ordre de priorité.

La deuxième place irait aux soins à domicile et aux médicaments parce qu'ils sont très étroitement liés à tout le reste. Tant qu'il n'y a pas d'effort ou de concertation en ce sens, nous allons avoir de la difficulté avec la combinaison classique hôpital-médecin.

Quant aux formes particulières de recettes, j'ai déjà abordé la question durant mes remarques préliminaires. Il doit s'agir de sommes réservées, et la TPS serait un très bon terrain d'essai, parce que si les gens veulent payer, ils le remarqueront chaque jour. Je viens de prendre connaissance hier de la proposition de l'Institut C.D. Howe, et j'en suis encore à l'analyser. Tout de même, j'invite vivement les membres du comité à l'étudier de plus près. Ce genre de formule fait intervenir de nombreux instruments qui pourraient se révéler intéressants, mais je ne suis pas prêt à donner mon appui pour l'instant. C'est une formule très créative qui donne l'occasion de s'attaquer à plusieurs des éléments qui figurent dans la liste.

Le président: Je le dis à titre d'information, la proposition de l'Institut C.D. Howe dit essentiellement qu'à la fin de chaque année civile, le particulier reçoit du gouvernement un relevé qui dit qu'il a eu un revenu additionnel égal au coût total des traitements du réseau de la santé reçus durant l'année, jusqu'à 3 p. 100 du revenu. Il est intéressant de noter que la structure de la proposition remonte à 1961, à l'époque où l'idée d'un réseau national de la santé a d'abord été soulevée. Ensuite, c'est une caractéristique qui a été mise de côté. Cela remonte à 30 ou 40 ans.

La Dre Kenny: Je dirai deux choses. À propos des examens de mieux-être, j'aimerais poser une question à M. Lozon, si vous le permettez.

Prenons garde — quand nous avons des choses à vendre qui ne sont pas assurées — de ne pas aller à l'encontre de la volonté profonde que nous avons de nous assurer que nos services reposent toujours sur des données probantes. Nous pouvons vendre n'importe quoi à n'importe qui en parlant de soins de santé, et quand j'entends le terme «examen de mieux-être», cela

something that is a much more fundamental. That is a small aside, but you can think of all kinds of things that could stem from that. Wellness scanning and other such activities are scary.

Mr. Davis: I would not disagree with that.

Dr. Kenny: The more active you become in that area, the more concepts there are that could compromise other things. That is all I am saying. Obviously I am not an entrepreneur.

I was extremely happy that, in contrast to the Mazankowksi report, volume 5 did not recommend medical savings accounts, user fees or a parallel private system. My reading of the literature is such that I would ask Mr. Lozon what goal he thinks parallel private insurance would achieve? I thought that the three kinds of goals we might look at were sustainability of the universal health care system, cost containment and the challenge to equity that I mentioned earlier. What goal would a parallel private system most likely achieve?

Mr. Lozon: I would think that a parallel private system might achieve enhanced access.

Dr. Kenny: - access to what?

Mr. Lozon: — to a system of health care services. It could achieve that enhanced access, but perhaps just for some. Should we say that it cannot be for all? That is the corollary.

Dr. Vertesi: We finally come to the crux of what has been nailing us down for 30 years. I am sure we could spend a whole day on this issue alone, and perhaps that is warranted, but we do not have one full day. I support what Mr. Lozon said, and I think a second level is also important. However, there are dangers and a second level would have to be kept in balance. Having said that, I believe that we are the only country in the world that still actively disallows any second level. That has to give us some kind of message. What would be the advantages?

There is an immediate apparent advantage in terms of attracting more money into the system. We talked about that already. The second is that those people who are willing to pay are taken out of the queue. We have looked at those issues before. Is that really better? Yes, and it is also better for others if the ones who are paying are paying more than their share. For example, if they are paying twice the usual fee for their hip operation, and if that extra money were used to help someone else who needed that operation, would it meet our objectives? Yes, it would. That depends on our knowing how much a hip operation really costs, which is another problem.

The real advantage to a second, parallel system has not been touched upon. A parallel system is the only way to provide us with a reality check, so our public health system knows when we

me donne des boutons. Il faut prendre garde de ne pas compromettre, en vue de favoriser la réalisation d'un objectif, une autre chose qui est nettement plus fondamentale. C'est une petite parenthèse, mais on peut croire qu'il y a toutes sortes de choses qui découleraient de cela. Les examens de mieux-être et autres activités du genre font peur.

M. Davis: Je ne suis pas en désaccord avec ça.

La Dre Kenny: Plus on est actif dans le domaine, plus il y a de concepts qui sont susceptibles de compromettre d'autres choses. C'est tout ce que je dis. Évidemment, je ne suis pas entrepreneur.

Je suis extrêmement heureuse de savoir que, contrairement à ce qui est dit dans le rapport Mazankowksi, le volume 5 ne recommande pas de comptes d'épargnes médicales, de frais d'utilisation et de réseau privé parallèle. La lecture que je fais de la documentation m'amène à poser à M. Lozon une question: Quel objectif est-ce qu'une assurance privée parallèle permettrait d'atteindre? Je croyais que les trois types d'objectifs que nous pouvions envisager étaient la viabilité à long terme du réseau universel de la santé, la restriction des coûts et l'équité dont j'ai parlé plus tôt. Quel serait le but que permettrait le plus vraisemblablement d'atteindre un système parallèle privé?

M. Lozon: Je présumerais qu'un système privé parallèle permettrait peut-être d'améliorer l'accès...

La Dre Kenny: ... l'accès à quoi?

M. Lozon: ... à un régime de services de santé. Il pourrait permettre d'en arriver à un accès amélioré, mais peut-être pour certaines personnes seulement. Est-ce que nous devrions dire que cela ne peut se faire pour tous? Voilà la question corollaire.

Le Dr Vertesi: Voilà que nous abordons enfin le nœud du problème qui nous empêche d'avancer depuis 30 ans. Je suis sûr que nous pourrions consacrer une journée entière à cette seule question, et peut-être que cela se justifie, mais nous n'avons pas de journée entière à notre disposition. J'appuie les propos de M. Lozon, je crois qu'un deuxième niveau est aussi important. Tout de même, il y a là des périls et il faudrait appliquer un contrepoids au deuxième niveau. Cela dit, je crois que notre pays est le seul au monde qui interdise encore formellement tout deuxième niveau. Il y a sûrement un message là-dedans. Quels en seraient les avantages?

Il y a là un avantage immédiat et apparent pour ce qui est d'attirer plus de fonds. Nous en avons déjà discuté. Le deuxième avantage, c'est que les gens qui sont prêts à payer sortent de la file d'attente. Ce sont des questions que nous avons déjà étudiées. Est-ce vraiment mieux? Oui, et c'est mieux pour d'autres si ceux qui payent assument plus que leur part. Par exemple, s'ils payent deux fois le tarif habituel pour une opération à la hanche et que l'argent supplémentaire sert à financer l'opération pratiquée sur quelqu'un d'autre qui en a besoin, nos objectifs seraient-ils atteints? Oui, ils le seraient. Pour cela, il faudrait que nous sachions ce que coûte vraiment une opération à la hanche, ce qui représente un autre problème.

Le véritable avantage d'un deuxième système, un système parallèle, n'a pas été évoqué. Un système parallèle représente la seule façon pour nous d'avoir l'heure juste, pour que les are out of touch with what people really want, what the quality should be and what the cost should be. Otherwise, we are working inside closed walls and we have no idea. If I were a politician with a Machiavellian bent who did not want people to know that they could have something better, then that is exactly what I would do. I would say that I would not allow anything else, because otherwise, the people might get a taste of something better. We can get away with that for a while, but it catches up with us eventually. It has caught up with us after 30 years.

The problem is not so much that we are confining people, but that we ourselves no longer know what quality standards and pricing we should be aiming at and what is reasonable. The only way to find that out is by having an alternative, albeit it should be kept in balance, because we do not want a parallel system that is the same size as our public system.

I would like to see a dominant public system that provides for the majority, 90 per cent, for example, of the health care needs of our country. However, that "market share" should be legitimately earned by the public system, not legally inflicted on people who do not know any better.

Senator LeBreton: I was being a little facetious when I said "for everyone." The way I read what you are saying, Mr. Lozon, by having a parallel system, you bring more technology and people into health care and therefore you provide better service in the public system as a result. Is that it?

Supplementary to that, what does that do to our goal of guaranteed access within a limited time period, depending on the procedure?

Mr. Davis: I will try to assist Mr. Lozon. He can correct me if I drift.

We discussed oversight of the system being independent of the political arm of government, at least. A crucial part of anything we do in this area is having a utilization commission process in place, or a commission that reports on access. If there is any sense of the resources in the publicly funded system being used for a second tier to do third-party work, there would have to be clear reporting that there are benefits to the public system, such as reinvestment, additional providers of technology, shorter wait times or better access. All of those would need to be part of that analysis. Some people say you can never determine that. It is disappointing if that is true. We should try to determine it.

We must look for new sources of revenue for the system, not just dedicated taxes. We must sell the value of the system for some of the reasons that Dr. Vertesi gave. We must demonstrate where that value is. It is complex and needs to be looked at carefully, but responsables du réseau public de la santé le sachent quand ils sont à côté de ce que les gens veulent vraiment, de ce que la qualité devrait être et de ce que le coût devrait être. Sinon, nous travaillons en milieu fermé et nous nous coupons de cette réalité. Si j'étais un politicien ayant un penchant machiavélique et que je ne voulais pas que les gens sachent qu'ils pourraient avoir quelque chose de mieux, c'est tout à fait ce que je ferais. Je dirais que j'interdis toute autre formule, sinon, les gens pourraient goûter à quelque chose de mieux. Nous pouvons nous en tirer de cette façon pendant un certain temps, mais la réalité finit par nous rattraper. Elle nous a rattrapés au bout de 30 ans.

La difficulté réside non pas tant dans le fait que nous restreignons la marge de manœuvre des gens, mais plutôt dans le fait que, nous-mêmes, nous ne savons plus quels sont les prix et les normes de qualité auxquels nous devrions aspirer et ce qui est raisonnable. Or, la seule façon de le déterminer, c'est d'avoir une autre option, même s'il faut y faire contrepoids d'une certaine façon, car nous ne voulons pas d'un système parallèle qui est de la même taille que le système public.

J'aimerais voir un système public dominant qui prend en charge la majorité — 90 p. 100, par exemple — des besoins en santé de notre pays. Par contre, le système public devrait obtenir légitimement «cette part de marché» et non pas l'avoir parce que cela est imposé par voie juridique à des gens qui ne sont pas conscients de ce qui arrive.

Le sénateur LeBreton: J'essayais d'être comique en disant «pour tous». Si je comprends bien ce que vous dites, M. Lozon, en se donnant un système parallèle, on se donne plus de technologie et plus de personnel dans le domaine de la santé, de sorte que cela permet de fournir un meilleur service dans le réseau public. C'est bien cela?

J'ai une question supplémentaire: En quoi cela a-t-il une incidence sur le but que nous nous donnons — l'accès garanti dans un délai limité, selon l'intervention dont il s'agit?

M. Davis: Je vais essayer d'aider M. Lozon. Il peut me corriger si je m'égare.

Nous avons dit que, tout au moins, la surveillance du réseau doit se faire indépendamment de l'appareil politique. Voilà un élément capital de tout ce que nous pouvons faire à cet égard: faire intervenir une commission de l'utilisation ou une commission qui fait rapport sur l'accès aux soins. S'il faut que les ressources du réseau public soient utilisées pour qu'un deuxième volet offre des services à de tierces parties, il faudrait alors expliquer clairement quels sont les avantages pour le réseau public, par exemple le réinvestissement, la présence d'autres fournisseurs de technologie, la réduction des délais d'attente ou l'accroissement de l'accès. Tout cela devrait faire partie de l'analyse. Certaines personnes affirment qu'on ne pourra jamais déterminer une telle chose. Si c'est le cas, c'est un constat décevant. Nous devrons essayer de le déterminer.

Nous devrions être à la recherche de nouvelles sources de revenus pour le réseau et non seulement penser à des impôts spécialement affectés. Nous devons convaincre les gens de la valeur du régime pour certaines des raisons que le Dr Vertesi a we should not rule it out.

We do need to recognize that we are very much in a North American-global economy, and there is a lot of Canadian money going south of the border to purchase health care. I hear people say that is fine, let it go there, but in an internationally competitive market, we want to keep that money here and bring some of their money up here for the benefit of our system, because otherwise it is a net loss to the country.

Along with the money, some of our providers are going south as well. It is amazing how many Canadians you bump into at the University of Texas, the Mayo Clinic or Scripps. We do not need to lose those providers either.

The question is do we believe we can become a force in health care worldwide and in North America, or are we going retreat and say we are only going to operate within a narrow, confined spectrum and let anyone else, provider or patient, who wants to go elsewhere for something different, do so?

Mr. Lozon: I realize what I said is quite controversial, but I said it quite intentionally. I would say to the Senate committee that if you decide, for good and valid reasons, that that is not what you want to do, there are many Canadians who would appreciate an articulation of those reasons.

The Chairman: Absolutely.

Mr. Scott: It is a difficult way to go about it if you are worrying about shortening lists or providing better service. Maybe everyone will come rushing back so they can deal with the high end of the market, and maybe you can entrench something in the Constitution to ensure that every dollar gets poured back into the public system.

There are other potential alternatives within the system, which we talked about earlier, that make more efficient use of services. You do not need a parallel system to do it. There are some good examples. However, there was the very controversial decision that Cancer Care Ontario made to repatriate patients from the United States by opening what the *Toronto Star* loves to call a "for-profit clinic," because the doctors do work for profit, but it is hardly a multinational conglomerate.

The Chairman: Are all doctors not working for profit in that they are self-employed entrepreneurs?

Mr. Scott: That is right, so it is not terribly different from any other clinic. Because of the shortage of medical resources, which obviously was a substantial part of the problem that drove everyone to the United States in the first place, how do you handle enough patients to deal with the backlog when there was

invoquées. Nous devons faire la lumière sur sa valeur. C'est une tâche complexe qu'il faut aborder rigoureusement, mais nous ne devrions pas écarter l'idée.

Il nous faut tout de même reconnaître que nous évoluons tout à fait dans une économie nord-américaine-mondiale, et qu'il y a beaucoup d'argent canadien qui s'en va aux États-Unis pour l'achat de soins. J'entends les gens dire: C'est très bien, que l'argent aille là, mais sur un marché concurrentiel international, nous voulons que cet argent-là reste ici et en utiliser une partie à l'avantage de notre régime, sinon c'est une perte nette pour le pays.

Il n'y a pas que l'argent qui s'en va aux États-Unis; certains de nos fournisseurs font de même. Il est remarquable de voir le nombre de Canadiens que l'on peut croiser à l'Université du Texas, à la Clinique Mayo ou au Scripps. Il n'est pas nécessaire non plus que nous perdions ces fournisseurs.

La question est la suivante: pouvons-nous envisager pour nousmêmes une présence importante dans le domaine de la santé, mondialement aussi bien qu'en Amérique du Nord, ou allonsnous battre en retraite et dire que nous ne fonctionnerons que dans les limites étroites et que nous allons laisser quiconque souhaite le faire aller ailleurs tenter quelque chose de différent qu'il s'agisse d'un fournisseur ou d'un patient?

M. Lozon: Je sais que ce que j'ai dit est assez controversé, mais c'est tout à fait intentionnellement que je l'ai dit. Je dirais au comité du Sénat que si vous déterminez, pour des raisons valables et solides, que vous ne voulez pas emprunter cette voie, alors il y a nombre de Canadiens qui aimeraient bien entendre vos raisons.

Le président: Tout à fait.

M. Scott: C'est un exercice qui est difficile à mener quand on se soucie de la réduction de la liste d'attente ou de l'amélioration du service. Peut-être que tous les expatriés reviendront pour s'occuper des clients richissimes et peut-être qu'on peut inscrire dans la Constitution une mesure qui permet de s'assurer que chaque dollar gagné est réinvesti dans le réseau public.

Il existe d'autres options à l'intérieur même du système, nous en avons discuté plus tôt, pour utiliser plus efficacement les services. Il n'est pas nécessaire d'avoir un système parallèle pour le faire. Il existe des exemples utiles. Toutefois, il y a eu la décision très controversée d'Action Cancer Ontario — soit de rapatrier les patients des États-Unis en ouvrant ce que le *Toronto Star* a qualifié de «clinique à but lucratif», parce que les médecins y travaillent bel et bien à but lucratif, bien qu'il ne s'agisse guère d'un conglomérat multinational.

Le président: Ne saurait-on dire que tous les médecins travaillent à but lucratif, au sens où ce sont des entrepreneurs qui travaillent à leur compte?

M. Scott: C'est vrai, ce n'est donc pas très différent de ce qui se fait dans les autres cliniques. Étant donné la pénurie de ressources médicales, ce qui est évidemment un élément important du problème qui a poussé tout le monde à se diriger vers les États-Unis au départ, comment fait-on pour traiter un nombre suffisant

no increase in the number of people able to do it? They found innovative ways to do that.

There are all sorts of arguments for and against, but the bottom line is they found more innovative ways not being practised anywhere else within the system, for many of the reasons Mr. Davis raises: Standard practices, union thinking about not changing the way things are done. Before we rush off to build a parallel system, we should be looking at some of the more efficient and creative things we can do within our own system. All we have to do is a little mould breaking.

Senator Robertson: When the federal government refuses to allow me to buy private insurance, do I have a Charter issue?

Mr. Davis: I am not a lawyer, so I could not answer that. However, it is an interesting question.

The Chairman: The question was raised as to whether refusing an individual the right to buy health insurance in Canada to purchase services in Canada violates the Charter of Rights and Freedoms. Since you are not a Charter lawyer, are you passing on that one?

Mr. Scott: I do not have an answer to the question, except I believe the right to access health care has certainly been raised and the courts have determined that that right does not exist.

Senator Robertson: It is strange to see what the Charter has been allowing lately in different parts of the country.

Mr. Forget: You cannot prejudge what the courts would say, but to my knowledge, this has never been raised before the Supreme Court. One could assume that the court would find that restrictions on freedoms that are democratically adopted in a free society are valid limitations.

One must make a distinction between that kind of abstract denial of a right not related to a particular case, and how the Quebec Appeal Court has judged that denial of payment by one provincial medical board for a special form of cancer treatment obtained in the U.S. without prior authorization was wrong. Certainly, that was an affirmation of a right to seek treatment in a timely manner in a particular case.

I suppose one could suggest that perhaps if the courts were to become more proactive — and who knows, we have seen that in other areas — this question about the parallel system might become moot, because people can go to the U.S. in a number of cases when service is denied in a timely manner. We know it is not difficult to imagine cases like that. It would then be far better to have a parallel system in Canada.

de patients pour éliminer l'arriéré s'il n'y a pas d'accroissement de l'effectif? Les Américains ont trouvé des façons novatrices d'y arriver.

On peut invoquer toutes sortes d'arguments — pour et contre." — mais, en dernière analyse, les Américains ont trouvé des façons de procéder plus novatrices que ce qui se fait ailleurs dans le réseau, pour nombre des raisons évoquées par M. Davis: les pratiques normalisées, la pensée syndicale à propos du changement. Avant de nous précipiter pour aller édifier un système parallèle, nous devrions étudier certaines des mesures plus efficientes et plus créatives que nous pouvons envisager à l'intérieur de notre régime. Toute ce qu'il faut faire, c'est casser le moule un peu.

Le sénateur Robertson: Si le gouvernement refuse de me permettre de contracter une assurance privée, ai-je un recours possible en application de la Charte?

M. Davis: Je ne suis pas avocat, de sorte que je ne peux répondre à cette question. Tout de même, c'est une question intéressante.

Le président: On a soulevé la question de savoir si le fait de refuser à une personne de contracter une assurance-maladie privée au Canada pour l'achat de services au Canada est une transgression de la Charte des droits et libertés. Comme vous n'êtres pas avocat spécialisé dans la Charte, vous ne répondrez pas à cette question?

M. Scott: Je ne connais pas la réponse à cette question, sauf que, à mes yeux, on a certainement soulevé la question du droit d'accéder à des soins de santé, et les tribunaux ont déterminé que ce droit n'existe pas.

Le sénateur Robertson: Il est étrange de voir ce que la Charte autorise ces derniers temps dans diverses régions du pays.

M. Forget: On ne saurait prédire ce que les tribunaux vont déterminer, mais à ma connaissance, cette question n'a jamais été présentée à la Cour suprême. On présume que, aux yeux du tribunal, les restrictions imposées aux libertés qui sont adoptées par voie démocratique dans une société libre constitueraient des limites valables.

Il faut faire une distinction entre ce type de déni de droit abstrait qui ne se rapporte pas à une cause particulière et la décision de la Cour d'appel du Québec où les juges ont donné tort aux responsables d'une régie provinciale de la santé, qui ont refusé de consentir un paiement pour une forme spéciale de traitement du cancer obtenu aux États-Unis sans autorisation préalable. Certes, c'était là l'affirmation du droit de recourir à un traitement en temps utile dans une affaire particulière.

Je suppose qu'on pourrait dire que si, peut-être, les tribunaux étaient plus proactifs — qui sait encore, nous avons été témoins de cela dans d'autres domaines — la question du système parallèle ne vaudrait plus, car les gens peuvent aller aux États-Unis dans plusieurs cas où le service en temps utile leur est refusé. Nous savons qu'il n'est pas difficile d'imaginer de tels cas. Par conséquent, il serait nettement mieux d'avoir au Canada un système parallèle.

I agree it is already going on. Let us bear in mind that it is not the only parallel system that exists. There is a "moneyless" parallel system. It depends on whom you know and how clever you are at working the system. Therefore, I believe we should not be too sanctimonious about this issue.

The real question is how to ensure that recourse to a parallel system does not hurt those Canadians who do not have the means or do not choose to avail themselves of that possibility. That is a real challenge, because it would not multiply the number of physicians and nurses. We might multiply the number of pieces of equipment and the facilities, but eventually, the same people have to deliver the service. As it takes about 10 years to train a physician, this is not an instant cure. It is another managerial issue. Certainly, if we monitor quality of care, there should be a way to spot deviations from the norm.

Senator Morin: Here we are with a majority of panellists supporting the possibility of parallel care. When we mentioned this as an option in our first report, consider all the pressure put on us and the insults we received! Here we are coming back to it. This is an interesting turn of events.

Senator Roche: I would like to thank all the members of the panel for wonderful presentations. Mr. Chairman, I have one essential question in trying to bring the financial issues into coherency. The panel has diverse views on this question, which in some respects mirror the diverse views in the committee itself.

I am interested in finding a consensus solution to the financial questions.

I want to direct the question first to Dr. Kenny, but also invite other panellists to pick up on the sub-themes that I will introduce.

Dr. Kenny has, in her opening statement, and several times since, insisted that we keep in mind what the goal of the sixth report should be, and the way in which we can approach the financial recommendations. I will ask Dr. Kenny if she agrees with me that the fifth report can be boiled down to a choice that the committee is asking Canadians to make: Either pay more for the health care system or allow people to buy their own insurance.

If that is the key question, and we have certainly come back to it in several ways here, then it does bring us to a discussion of the values in the medicare system. Without going back over any of the territory that Senator Morin just briefly referred to in his comment, we can say that in putting more money into the system, the first question is, how much is needed.

Je suis d'accord pour dire que cela existe déjà. Songeons au fait que ce n'est pas le seul système parallèle qui existe. Il y a un système parallèle «sans argent». Cela dépend des contacts que vous avez et de la ruse que vous mettez à jouer avec les règles. Il me semble donc qu'il n'y a pas lieu d'être trop moralisateur à ce sujet.

La véritable question consiste à savoir comment on s'assure que le recours à un système parallèle ne nuit pas aux Canadiens qui n'ont pas les moyens de le faire ou qui choisissent de ne pas de prévaloir de cette possibilité. C'est un véritable défi, car il n'y aurait pas de multiplication du nombre de médecins et d'infirmières. On arriverait peut-être à multiplier le nombre de machines et d'installations, mais, au bout du compte, ce sont les mêmes gens qui seraient chargés de fournir le service. Comme il faut environ dix ans pour former un médecin, il n'y a pas de remède instantané à ce problème. C'est une autre question de gestion. Certes, si nous surveillons la qualité des soins, il devrait y avoir une façon de repérer les cas qui s'écartent de la norme.

Le sénateur Morin: Voilà que la majorité des invités de la table ronde est en faveur de la possibilité d'instaurer un système parallèle. Pensez à toutes les pressions qu'on a exercées sur nous et toutes les insultes qu'on nous a balancées quand nous avons présenté cette option dans notre premier rapport! Voici que nous y revenons. C'est une tournure intéressante.

Le sénateur Roche: Je tiens à remercier tous les membres de la table ronde de nous avoir présenté de merveilleux exposés. Monsieur le président, j'ai une question essentielle qui viser à faire toute la lumière voulue sur les questions financières. Les membres de la table ronde ont sur la question divers points de vue qui, à certains égards, reflètent les divers points de vue du comité luimême.

J'aimerais trouver une solution consensuelle aux problèmes financiers dont il est question.

Je poserais d'abord une question à la Dre Kenny, mais j'invite les autres témoins à reprendre le fil à partir des thèmes secondaires que je vais aborder.

La Dre Kenny, dans sa déclaration liminaire, et plusieurs fois depuis, a insisté pour que nous nous rappelions le but que devrait avoir le sixième rapport et la façon dont nous devrions aborder les recommandations financières. Je vais demander à la Dre Kenny si elle est d'accord avec moi pour dire que le cinquième rapport peut être ramené à un choix que le comité propose aux Canadiens: soit payer davantage pour le réseau de la santé, soit permettre aux gens de contracter leur propre assurance.

Si c'est là la question clé, et nous y sommes certainement revenus plusieurs fois ici, alors cela nous amène à discuter des valeurs incarnées dans le régime d'assurance maladie. Sans revenir sur ce que le sénateur Morin vient de mentionner brièvement, nous pouvons dire que s'il faut injecter encore des fonds dans le réseau, la première question consiste à savoir combien il en faut. I was struck by the many comments with regard to the fifth report to the effect that perhaps the committee had overstated things by saying that the present system is not sustainable. Whether that is correct or not, let us move on and say that the system needs more money.

Dr. Sinclair, the former commissioner of the Ontario Health Services Restructuring Commission, came before the committee several days ago. He put some numbers on the table. He said that, looking at the whole system today, which costs perhaps \$100 billion, give or take a little — 70 per cent public, 30 per cent private — the committee should perhaps think of adding 10 per cent to that for restructuring, improvement or efficiency to bring it to where we want it. That would be \$7 billion.

Then we asked him how he would split that. He said 50-50—\$3.5 billion for the federal government and \$3.5 billion for the provinces.

I would like to know what the panel thinks about those numbers and whether, Dr. Kenny, you could integrate what you said about home care and pharmacare — and it has been picked up by others also — into a restructured system. Would it cost a lot more?

I come to the substantive question of paying for it. Everyone seems to agree that some manner of dedicated taxes or a dedicated levy is essential, rather than increased taxes going into a general pool. Should this be done through health premiums, or could a levy be politically saleable? I think it was Mr. Forget who said that it is not enough to introduce a levy for the incremental costs, but somehow we have to show that the whole system is receiving dedicated taxes, a dedicated levy. How would we make a dedicated tax feasible?

Finally, I come back then to the political arena. It has been said here that we want to depoliticize the question. Surely we have to underline that when we get into the finances and who will pay what. Is there in fact an ideological struggle going on that is at the root of the financing question?

I am a layman here, which enables me to ask simple questions. I do not want to see this issue in terms of Mazankowksi versus Romanow. I said in my opening comment that I want to see us come together. Can the federal government and the provinces come together without having any sort of cooperation wrecked by an ideological struggle over who will control health care?

I am well aware that the federal government puts money into such national policies and the provinces deliver the program. In order to get this essential cooperation, we must understand where we are going together. I think that there is still too much diversity of opinion in the Canadian public, and the diversity of opinion expressed around this table is too much for me.

J'ai été frappé par les nombreuses fois où les gens ont pu dire, au sujet du cinquième rapport, que le comité a peut-être exagéré en affirmant que le système en place n'est pas viable. Que ce soit vrai ou non, allons de l'avant toujours et disons que le système a besoin de fonds accrus.

Le Dr Sinclair, l'ex-commissaire de la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, est venu comparaître il y a de cela plusieurs jours. Il a présenté certaines statistiques. Il a affirmé que si on étudie le système dans son ensemble aujourd'hui, qui coûte peut-être 100 milliards de dollars, plus ou moins — 70 p. 100 pour le public, 30 p. 100 pour le privé — le comité devrait peut-être ajouter 10 p. 100 pour la restructuration, l'amélioration ou l'efficience, pour que ce soit à la hauteur. Cela représenterait 7 milliards de dollars.

Nous lui avons demandé comment il répartirait ces fonds. Il a dit moitié-moitié — 3,5 milliards de dollars pour le gouvernement fédéral et 3,5 milliards de dollars pour les provinces.

J'aimerais savoir ce que la table ronde pense de ces statistiques et savoir aussi si, docteure Kenny, vous pourriez intégrer ce que vous avez dit à propos des soins à domicile et de l'assurance-médicaments — d'autres l'ont aussi mentionné — dans un système restructuré. Est-ce que cela coûterait beaucoup plus cher?

J'en viens à la question de fond qui consiste à savoir qui paiera la note. Tout le monde semble d'accord pour dire qu'une forme quelconque d'impôt spécial ou de prélèvement réservé est essentielle à la place d'une augmentation de l'impôt qui ferait que l'argent irait dans les recettes générales. Faut-il adopter à cet égard des primes d'assurance, ou encore un prélèvement est-il politiquement viable? Je crois que c'est M. Forget qui a dit qu'il ne suffisait pas de mettre en place un prélèvement en vue des coûts accrus, mais qu'il faut, d'une manière ou d'une autre, montrer que le système entier reçoit des impôts spéciaux, un prélèvement réservé. Comment s'organiser pour qu'un impôt spécialement réservé soit faisable?

Enfin, je reviens à la question de l'arène politique. On a affirmé ici que nous souhaitons dépolitiser la question. À coup sûr, il faut insister là-dessus au moment de s'engager dans la question des finances et de déterminer qui paye quoi. Y a-t-il, de fait, une lutte idéologique qui viendrait déterminer ce qui est à la racine de la question du financement?

Étant profane, je suis en mesure de poser des questions simples. Je ne veux pas faire de cette question un affrontement entre la vision de Mazankowksi et celle de Romanow. Dans ma déclaration d'ouverture, j'ai dit que j'aimerais que nous nous entendions. Le gouvernement fédéral et les provinces peuvent-ils s'entendre sans qu'une lutte idéologique sur le contrôle de la santé ne vienne détruire toute forme de coopération?

Je suis bien conscient du fait que le gouvernement fédéral investit dans de telles politiques nationales et que ce sont les provinces qui exécutent le programme. Pour que la coopération essentielle dont il est question prenne forme, nous devons savoir vers quoi nous nous dirigeons ensemble. Je crois qu'il y a encore trop de diversité d'opinions au sein du public au Canada, et la diversité des opinions exprimées autour de cette table, c'est trop pour moi.

Dr. Kenny: Let me see if I can give an answer that is helpful but succinct. I recognize that the Senate had indicated that it wanted this discussion and debate to be non-ideological. I remind the senators that "ideology" is not a pejorative term.

An ideology is a system of beliefs, and we all have ideologies, both personal and political. The term "ideology" or "ideological" becomes pejorative when we have a sense that people are entrenched in a position and unable to even listen to a different perspective. I think it is in that sense that the committee wanted the debate to be non-ideological.

In fact, I think Senator Roche is correct. We are now at the heart of a conflict of ideologies, and it is a very specific one. Competing conceptions of fairness are now on the table.

There are perfectly legitimate differences in how people understand "fair." We can use the U.S. conception compared to Canada, because it makes it distinct, and I will do it briefly. The Canadian conception of "fair" is communitarian or egalitarian. It fits with an understanding of equity as, "Treat everyone the same, taking into account differences." People cannot buy their way. It is a philosophical approach to understanding "fair." They cannot buy their way to special privilege.

In the American conception, the libertarian understanding — a deeply rooted one — fairness is, "Treat everyone the same." Their conception is more about equality than equity. Treat everyone exactly the same. You do not take into account substantive differences; you just prevent restrictions.

We have now arrived at an issue that I thought was happily dispatched in volume 5. It is back on the table precisely because a different conception of fairness is now operating within Canadian society, and it will be at the heart of the decision about what we do next.

Let me make three other comments.

I will repeat what I said with regard to money, because perhaps I was not clear. I am saying that because there are so many inefficiencies in the system — and you know them well — you cannot answer the question of whether more money is needed unless you fix the things that you are not doing right. I am not saying it is not true. I am saying the fixing needs to be done.

The Chairman: Do you agree with our categorical statement in volume 5 that it costs money to fix the system?

Dr. Kenny: You read my mind. Restructuring is a different issue, and that is what the senator has put on the table. I believe that we have never put the necessary money into the system either for infrastructure development or for restructuring. I agree. I am not debating that. In my understanding of the data and from my

La Dre Kenny: Voyons si je peux répondre d'une manière utile, mais brève. Je sais que le Sénat a signalé qu'il souhaitait sur la question une discussion et un débat non idéologique. Je rappelle aux sénateurs que le terme «idéologie» n'est pas péjoratif.

Une idéologie est un système de croyances, et nous avons tous des idéologies, tant personnelles que politiques. Le terme «idéologie» et le terme «idéologique» deviennent péjoratifs quand nous avons l'impression que les gens sont enracinés dans leur position et qu'ils sont incapables d'entendre même un point de vue différent. C'est en ce sens que le comité, à mon avis, souhaitait que le débat soit non idéologique.

De fait, je crois que le sénateur Roche a raison. Nous nous trouvons au cœur même d'un conflit d'idéologies, et c'est un conflit très précis. Ce sont des conceptions divergentes de l'équité qui s'affrontent.

Ce que les gens voient comme étant «équitable» fait l'objet de divergences parfaitement légitimes. Songeons à la conception américaine de l'équité par rapport à la vision canadienne, parce que cela permet de les distinguer, et je le ferai brièvement. La conception canadienne de l'équité renvoie au communitarisme ou à l'égalitarisme. Cela revient à dire: «traitez tout le monde de la même façon, mais prenez en considération leurs différences». L'équité ne s'achète pas. C'est une approche philosophique du sens de l'équité. Les gens ne peuvent utiliser de l'argent pour se payer des privilèges spéciaux.

Dans la conception américaine de l'équité, la conception libertaire — qui est profondément enracinée — l'équité revient à dire: «traitez tout le monde de la même façon». La conception américaine concerne d'avantage l'égalité que l'équité. Il faut traiter tout le monde de la même façon. Il ne faut pas prendre en considération les différences de fond; il faut simplement prévenir les restrictions.

Voici que nous abordons une question que l'on avait heureusement réglée, croyais-je, dans le volume 5. La question refait surface justement parce qu'une conception différente de l'équité se manifeste maintenant au sein de la société canadienne, et elle sera au cœur de la décision que nous prendrons au sujet de l'avenir.

Permettez-moi trois autres observations.

Je vais répéter ce que j'ai dit au sujet de l'argent, parce que je n'ai peut-être pas été claire. J'affirme que le système comporte un si grand nombre d'aspects inefficaces — et vous les connaissez bien — qu'on ne saurait répondre à la question — Faut-il plus d'argent? — à moins de corriger d'abord ce qui ne va pas. Je ne dis pas que ce n'est pas vrai. Je dis qu'il faut corriger le tir d'abord

Le président: Êtes-vous d'accord avec l'affirmation catégorique qui se trouve dans le volume 5: il faut de l'argent pour réparer le système?

La Dre Kenny: Vous lisez dans mes pensées. La restructuration est une question différente, et c'est ce dont le sénateur a parlé. Je crois que nous n'avons jamais investi dans le système les sommes d'argent nécessaire au développement d'infrastructures ou à la restructuration. Je suis d'accord. Je ne conteste pas ce point.

experience, that is so. That is the answer to restructuring. We need new money. We have never put money into that and attempts at reform have been disadvantaged precisely because of it.

However, the philosophic principle that now becomes important, going back to where we are in the intellectual argument, you enunciated clearly — single payer. I applaud that. I believe that is in keeping with the values Canadians have held and still fundamentally hold, although perhaps not to the same degree. We need to separate out the funder, the payer, or the insurer, from the provider. Within that, there is a lot of flexibility for discussion about private, public, for profit, not for profit. That is a separate question. You have done a nice job of attempting to make those clear, and you need to do that.

I would say that once the issue of parallel private is on the table, you now are saying something different and contradictory. You are now talking about multiple payers. If you are debating that, I am suggesting that you need to revisit your goals before you make that decision. The three fundamental goals we might consider are, first, actions to preserve universal health care; second, cost containment; and third, a different conception of equity. It may well be that we have outgrown that goal and now have a different world view.

I would suggest that Senator Roche is right. There is an ideological issue at stake here. It is about competing conceptions of fairness and allowing or not allowing private parallel.

I guess I am shaking my head, and perhaps Senator Morin is getting different advice because of the group at the table, because I would have thought, from all the reading I have done about every other system in the world that has fooled around with mixes of private and public, and two and parallel and one, that it would be clear that if you have a parallel private system, you erode support for the public system, especially among the middle class. You have a private parallel, and you do not contain costs. You have a continued escalation in cost, only now it is coming from this pocket through taxes and from that pocket through private insurance.

You have a distinct problem, as you identify well in your own volume, of doctors working in both parts of the system. Do you create a different conception of equity in private parallel? Yes, you do.

There is a deeply rooted ideological difference, and you will have to come up with an interpretation of where you think Canada sits on that today.

I would also ask you to take into account the evidence about what private parallel does or does not do if the goals of preserving universal public access and cost containment within a Canadian

D'après ma lecture des données et mon expérience propre, c'est bien le cas. Voilà la réponse à la question de la restructuration. Nous avons besoin d'argent frais. Nous n'avons jamais investi dans cela, et les tentatives de réformes ont été défavorisées, justement, de ce fait.

Tout de même, le principe philosophique qui devient maintenant important, pour revenir au point où nous en étions dans ce débat intellectuel, vous l'avez énoncé clairement — un seul payeur. J'applaudis à cela. Je crois que cela concorde avec les valeurs auxquelles les Canadiens ont adhéré et auxquelles ils adhèrent toujours, fondamentalement, même si ce n'est peut-être pas au même degré. Nous devons dissocier le bailleur de fonds, le payeur, ou l'assureur, du fournisseur. Dans ce contexte, il y a encore beaucoup de marge pour une discussion sur ce qui est privé, ce qui est public, ce qui est à but lucratif, ce qui est sans but lucratif. Cette une question distincte. Vous avez fait un bon travail en essayant d'éclaircir ces choses, et c'est une tâche qui se révèle nécessaire.

Je dirais que lorsqu'il est question d'un système privé parallèle, cela devient complètement différent et contradictoire. Il est alors question de multiples payeurs. Si vous débattez de cette question, je vous propose de revoir vos objectifs avant de décider. Les trois objectifs fondamentaux que nous pourrions envisager sont: d'abord, des mesures visant à préserver l'universalité des soins de santé; ensuite, la restriction des coûts; et, enfin, une conception différente de l'équité. Il se peut très bien que cet objectif ne soit plus le nôtre, que nous ayons maintenant une vision du monde qui est différente.

Je dirais que le sénateur Roche a raison. C'est une question idéologique qui entre en ligne de compte. C'est un affrontement entre deux conceptions de l'équité, entre l'idée de permettre ou de ne pas permettre un système privé parallèle.

J'ai de la difficulté à croire tout cela — et peut-être que le sénateur Morin obtient des conseils différents en raison du groupe qui se trouve à la table —, car j'aurais cru, d'après toutes les lectures que j'ai faites à propos de tous les autres systèmes dans le monde où on a bricolé un ensemble qui se compose d'éléments du privé et d'éléments du public, deux régimes, un régime parallèle, un seul régime, que le constat est clair: s'il y a un système privé parallèle, les appuis à l'égard du système public s'érodent, surtout au sein de la classe moyenne. Il y a alors un système privé parallèle, et on ne parvient pas à restreindre les coûts. Il y a cette escalade des coûts qui se poursuit, mais maintenant, cela vient du portefeuille des gens, par la voie des impôts, et du portefeuille des gens, par la voie de l'assurance privée.

Il y a le problème distinct, comme vous le faites bien ressortir dans votre propre volume, des médecins qui travaillent dans les deux parties du système. Crée-t-on une conception différente de l'équité dans un système privé parallèle? Oui.

C'est une divergence idéologique profondément enracinée, et vous allez devoir interpréter la situation pour déterminer ce qu'est la position du Canada à ce sujet aujourd'hui.

Je vous inviterais aussi à prendre en considération les documents existants sur ce que fait un système privé parallèle et ce qu'il ne fait pas, s'il est encore question de respecter les objectifs conception of equity are still at stake. If they are still at stake, look both at the value and at the evidence about what private parallel does.

Mr. Scott: Moving from the ideological to some puzzlement, this is the first time I have heard that the parallel system would actually enrich the public system. I am not aware of any evidence of that, but I would be interested in it.

I would like to look at it from an economic perspective. This sounds to me like a prescription for spending more money on health care, albeit with a different mix, rather than less money. Since part of this exercise was trying to get the most for the least, that is an interesting thought.

The moment you have a parallel system, the question is who is in it and who is not. One of the first groups in it would be the Canadian Auto Workers Union, because they would not want their members to have anything but the very best care. Any union that gets in there first will bring other unions in. As a consequence, you really are developing a parallel system that is driving up costs.

For a country that is part of the North American continent and highly dependent on the United States, regardless of the moral, ethical and principle questions that have been raised, there is a practical economic question of whether we want to continue to have the economic advantage that health care gives us as a nation, or whether we want to put that severely at risk through a parallel system that drives up overall costs, drives up the proportion of gross domestic product going into health care and lowers our competitiveness. This is why the Conference Board of Canada and others have been far more in favour of the single payer system than a parallel system.

Mr. Davis: I would be disappointed if we were going to approach our competitive advantage with the United States by saying, "We should keep the Canadian dollar low and ensure that Canadians get marginal services in some areas because that keeps our cost structure down." That is a Third World approach to being competitive, and I do not think we want to go there.

If I could make one other comment, once you frame it as an ideological issue and get into fairness, equity and egalitarian notions, you make the argument into a debate between good and bad. All that is being discussed here is whether there are some ways in which we can raise additional revenues that can benefit the publicly funded system. That is the discussion. It is not about a full-scale parallel health care system, but whether there are ways to provide some enhanced levels of service to third-party players that fall within the publicly funded mandate — we are doing that now, by the way. There is nothing new here.

fixés — préserver l'accès universel aux soins et restreindre les coûts suivant une conception canadienne de l'équité. Si cela demeure, regardez alors la valeur d'un système privé parallèle et la documentation à ce sujet.

M. Scott: Pour passer d'une question idéologique à quelque chose d'un peu déroutant, c'est la première fois que j'entends dire que, de fait, le système parallèle enrichirait le système public. Je n'ai connaissance d'aucune donnée qui étaye cette affirmation, mais je serais intéressé à en voir.

J'aimerais envisager la question du point de vue économique. J'ai l'impression qu'on recommande non pas d'affecter moins d'argent aux soins de santé, mais bien plus, quoique la formule proposée soit différente. Puisque cet exercice vise en partie à tenter d'optimiser l'utilisation de ressources limitées, c'est une idée curieuse.

À l'instant même où l'on crée un système parallèle, il faut se demander qui en fera partie et qui sera exclu. Le syndicat des Travailleurs canadiens de l'automobile serait l'un des premiers groupes à en tirer avantage, car il ne veut rien de moins que les meilleurs soins pour ses membres. Le premier syndicat qui entrera là-dedans amènera les autres syndicats à faire de même. Par conséquent, on établirait vraiment un système parallèle qui occasionnerait une montée des coûts.

À titre de pays nord-américain très dépendant des États-Unis, peu importe les questions morales et éthiques soulevées, nous devrons envisager la situation de façon pragmatique: voulons-nous continuer de jouir de l'avantage économique que procurent les soins de santé à notre nation, ou risquer de perdre cet avantage en établissant un système parallèle qui occasionne une montée des coûts d'ensemble, accroît la part du produit intérieur brut affecté aux soins de santé, et mine notre compétitivité. Voilà pourquoi le Conference Board du Canada et d'autres intervenants sont bien plus en faveur d'un système à payeur unique que d'un système parallèle.

M. Davis: Je serais déçu si, sur la question de notre avantage concurrentiel par rapport aux États-Unis, on se contentait de dire: «Il faut garder le dollar canadien à un niveau bas et veiller à ce que les Canadiens reçoivent des services réduits dans certaines régions, car cela permet de maîtriser notre structure des coûts.» C'est une approche concurrentielle qui tient davantage du tiers monde, et je ne crois pas qu'il soit sage de s'aventurer dans cette voie.

J'aimerais, si vous le permettez, formuler un autre commentaire. Lorsqu'on enveloppe la question de notions idéologiques, comme l'équité, on crée un débat entre le bien et le mal. Or, nos discussions visent uniquement à tenter de déterminer s'il existe des moyens de générer des revenus supplémentaires pour le système public. C'est ça, le sujet de la discussion. Il est question non pas de la création d'un système parallèle complet de soins de santé, mais bien de déterminer s'il y a moyen de dispenser un service supérieur aux tiers qui sont visés par le mandat du système public — et c'est ce que nous faisons maintenant, en passant. Il n'y a rien de nouveau ici.

I also wondered whether there are some services in the uninsured "basket" that we could look at providing to generate some revenue for the system. We are simply looking for other sources of revenue as we move into a newer and more entrepreneurial age. I do not think anybody at this table, or anybody I have talked to, wants to undermine publicly funded health care. Everyone supports it. People are asking, "What is the best way to save and enhance publicly funded health care?" The debate is how to achieve that objective, not whether the objective is right or wrong. All of us, as Canadians, are egalitarian, and we do have a fundamentally different view of the role of the individual in society from that of our friends south of the border. It was important to put this into context.

The Chairman: I want to clarify a point that Mr. Davis made, because it has come up a few times today. WCBs across the country effectively operate in a two-tier system, in the sense that their patients automatically go to the front of the line. Doctors who perform services for Workmen's Compensation Board patients are remunerated not by the provincial health care scheme, but directly by Workers' Compensation. In those provinces that have caps on doctors' incomes, money that doctors earn from Workmen's Compensation cases is not included. That was the reference to WCB.

Senator Roche: I want to go back to the questions of how much money and how to raise it. First, I want to return to Dr. Kenny. We are all agreed that additional money is needed, but I want to fine tune it and ask, additional money for what? That is when the questions about restructuring have come up. I cited the \$7 billion figure per year for 10 years given by Dr. Sinclair. A number of people say that restructuring should be given a high priority in the overall improvements needed to save and extend medicare.

The other part is what you, Dr. Kenny, and others have raised; namely, the introduction of home care and pharmacare as additional elements in the medicare program. Would the amount that I have cited be sufficient or insufficient, in your view, to integrate those two new elements into medicare and also pay for restructuring? Or would the total amount of money required for these three elements be more than the Canadian public system could stand?

Dr. Kenny: Senator, I am not an economist, so I am not going to give you dollar figures for anything. I do not have the expertise to do that. When I was on the National Forum on Health, we made a strong recommendation to the Prime Minister for a national pharmacare program. We believed at that time — so I am getting the information from experts who were looking at the issue — that people are paying for their drugs and the money is being expended. However, it is being expended in a way over which we do not have any control, whether of optimum formulary or best practices. These are problematic. The money was being spent, and we felt there was a way to make that expenditure more

Enfin, je me demande si certains services non couverts pourraient être utilisés pour générer des revenus pour le système. C'est le début d'une nouvelle ère, axée davantage sur l'entrepreneuriat, et nous cherchons simplement d'autres sources de revenu. Je ne crois pas que quiconque, y compris les gens qui sont à cette table, veuille miner les soins de santé publics. Tout le monde appuie ce système. Les gens se demandent: «Quel est le meilleur moyen d'économiser et d'améliorer les soins de santé publics?» Le débat s'attache non pas à la pertinence de l'objectif, mais bien à la façon de le réaliser. Tous les Canadiens sont égalitaires, et notre perception du rôle social de l'individu est fondamentalement différente de celle de nos voisins du Sud. Il est important de placer cette question en contexte.

Le président: J'aimerais clarifier un point soulevé par M. Davis, car on l'a mentionné à plusieurs reprises aujourd'hui. Les CAT de partout au pays tirent effectivement avantage d'une médecine à deux vitesses, car leurs patients passent automatiquement avant les autres. Les médecins qui soignent les patients des commissions des accidents du travail sont payés non pas par le régime provincial de soins de santé, mais bien directement par les CAT. Dans les provinces où le revenu des médecins est plafonné, on ne tient pas compte des revenus découlant de soins prodigués aux accidentés du travail. C'est ce que M. Davis a dit au sujet des CAT.

Le sénateur Roche: J'aimerais revenir aux questions des sommes nécessaires et des moyens permettant de les obtenir. Premièrement, j'aimerais revenir à l'intervention de la Dre Kenny. Nous convenons tous qu'il faut plus d'argent, mais j'aimerais qu'on précise la question et qu'on se demande à quoi servirait cet argent supplémentaire? C'est à ce moment-là qu'on a soulevé la question de la restructuration. J'ai cité le chiffre de 7 milliards de dollars par année pendant dix ans, avancé par le Dr Sinclair. Un certain nombre de personnes affirment que, parmi les améliorations globales nécessaires pour sauver et étendre l'assurance-maladie, il faut accorder la priorité à la restructuration.

L'autre question est liée au point que vous, docteure Kenny, et d'autres personnes avez soulevé, soit l'enchâssement des soins à domicile et de l'assurance-médicaments dans le régime d'assurance-maladie. Selon vous, le montant que j'ai mentionné serait-il suffisant pour intégrer ces deux nouveaux éléments à l'assurance-maladie et pour procéder à une restructuration? La somme nécessaire à la concrétisation de ces mesures est-elle supérieure aux capacités du système public canadien?

La Dre Kenny: Monsieur le sénateur, je ne suis pas économiste, alors je m'abstiendrai d'avancer des chiffres pour quoi que ce soit. Je ne possède pas les compétences pour faire cela. À l'époque où j'en faisais partie, le Forum national sur la santé a fortement recommandé au premier ministre de créer un programme national d'assurance-médicaments. Nous croyions — je fais donc référence au point de vue d'experts qui se sont penchés sur la question — que les gens payaient leurs médicaments et que l'argent était dépensé. Toutefois, l'argent est dépensé d'une façon que nous ne pouvons contrôler, qu'il s'agisse du formulaire optimal ou des pratiques exemplaires. C'est un problème. Nous étions d'avis qu'il

efficient. We must remember that pharmacare costs have gone through the roof in terms of percentage increases over the recent years, but I do not know the amount.

Again, I have no dollar amount for home care. Home care is variously covered across the country in a way that is random and confusing. I am saying that an integrated approach is required. If you could define "medically necessary services," they would state that pharmacare and home care — home care as an adjunct to hospital care — should be under the umbrella, along with doctor and hospital services. However, I do not have any meaningful figures.

Dr. Vertesi: Your question about whether the ideological issue existed astounded me. This is the original "ideological baby," and those of us who were here when it was born remember that. It has now grown up and turned into something different.

I agree with Dr. Kenny in one respect — that dealing with this is different from dealing with the other kinds of questions because of the fundamental ideology involved. What kind of vision do we have? There is an extent to which once we cross some line, we have crossed into another ideology.

There is another side to the question we have never considered, and that is, do we have a free choice here or not? Dr. Kenny put it as if we can choose whether we want this or we want that. There are some people who believe that there is no free choice, and that it is all an illusion that we got away with for a while. However, our costs have increased to the point where it is no longer going to be sustainable, which brings us to this conference. In other words, if we had a free choice, of course we would choose a publicly funded, single insurance system that would look after us. It is the same as, if we had the choice, we would choose a wealthy parent or a sugar daddy to look after us.

The problem is, does that really exist, or is it a fantasy that is not fiscally sustainable because of the way finances and markets work? That is the question. To go further, it is a question on which we have been unable to have a good debate because the ideology tells us that it is forbidden to even talk about it. That has been the case until now. It is difficult to talk about this in an open forum, certainly here in Ottawa. In this building, until now, no one could bring it up and get away with it. The fact that we are at least discussing it is a step forward.

Can we discuss it on its own merits and look at the evidence and the science? We will disagree, I am sure. For instance, I disagree with Dr. Kenny about the evidence on parallel systems and what they do or do not achieve. It would be a good thing to discuss this and ask how we interpret what happened in Australia. How do we interpret the U.K. experience, and so on. We should have that discussion, and out of that, some logic should say, "We never really had the option that we thought we did and we had better abandon it, the sooner the better," or "Yes, it is there, and

était possible d'optimiser l'argent dépensé. Ne perdons pas de vue que les coûts liés à l'assurance-médicaments ont monté en flèche au cours des dernières années, même si je ne peux fournir des chiffres exacts.

Encore une fois, je ne peux avancer un montant pour les soins à domicile. La couverture des soins à domicile varie partout au pays, d'une façon aléatoire et confuse. J'estime qu'une approche intégrée s'impose. Si on définissait les services dit «médicalement nécessaires», on arriverait à la conclusion que l'assurance-médicaments et les soins à domicile — ces derniers étant liés aux soins hospitaliers — devraient être visés par le régime, tout comme les soins dispensés par les médecins et les services hospitaliers. Cependant, je ne peux avancer de chiffres concrets.

Le Dr Vertesi: Je suis abasourdi par votre remise en question de l'existence même de l'enjeu idéologique. Il s'agit du «bébé idéologique» d'origine, et ceux d'entre nous qui étaient là à l'époque de sa naissance s'en souviennent. Maintenant, le bébé a grandi et est devenu autre chose.

Je suis d'accord avec un point soulevé par la Dre Kenny: on ne peut traiter cette question comme toutes les autres, en raison des enjeux idéologiques fondamentaux. Quel type de vision avonsnous? Il y a une limite à ce que nous pouvons faire sans modifier notre idéologie.

Nous avons négligé un autre aspect de la question: jusqu'à quel point avons-nous le choix? La Dre Kenny s'exprime comme si nous pouvions choisir ceci ou cela. Certaines personnes croient que nous n'avons pas réellement de choix à faire, et que tout cela est une illusion que nous avons su maintenir pendant un certain temps. Toutefois, nos coûts ont augmenté à un point tel que le système n'est plus viable, d'où cette conférence. Autrement dit, si nous avions le choix, il est évident que nous choisirions un régime public d'assurance globale qui nous protégerait. C'est comme dire que, si on avait le choix, on choisirait d'être pris en charge par un parent riche ou un «sugar daddy».

La question est la suivante: cette option existe-t-elle vraiment, ou s'agit-il d'une lubie qui, en raison du mode de fonctionnement des finances et des marchés, ne serait pas viable? J'ajouterais même qu'il nous a été impossible de débattre sainement de cette question, car notre idéologie nous interdit même d'en parler. C'est ce qui s'est produit jusqu'à maintenant. Il est difficile d'aborder cette question dans le cadre d'un débat ouvert, du moins ici à Ottawa. Jusqu'à maintenant, dans le bâtiment où nous nous trouvons, nul ne pouvait soulever cette question sans qu'on le lui reproche. Le simple fait que nous en discutions constitue un progrès.

Pouvons-nous débattre du bien-fondé de cette option et envisager les preuves et les données scientifiques? Nous ne pourrons nous entendre, j'en suis certain. Par exemple, je ne partage pas l'avis de la Dre Kenny en ce qui concerne les preuves touchant les systèmes parallèles et ce qu'ils peuvent ou ne peuvent accomplir. Il serait avantageux d'en discuter et de demander comment on interprète la situation en Australie, l'expérience du Royaume-Uni, et ainsi de suite. Nous devrions tenir ce débat, et une certaine logique nous permettrait de dire que «nous n'avons

yes, we can make it work."

Of course we are going to decrease costs at the same time. It is not one or the other. It is not that we either attract more money or we decrease our costs. We can do both. In fact, having a different financial formula that brings money in is one way of also decreasing our costs internally, because it will provide feedback and incentives to the providers to decrease their costs. For example, if we want public hospitals to decrease their costs, I can think of no better way than to force them to compete with private ones providing the same services for money. It might be more effective than a bureaucratic solution.

I am sure that we will not be able to finish this level of debate.

I want to make an additional point about workers' compensation, which is a two-tiered system that pays hospitals and doctors more for the services and people go to the front of the line. That occurs not because the WCB likes to throw money away, but because they are charged with bearing all of the costs of the injury. In other words, if the worker is off sick, they have to fund that side of it as well. If the worker has to wait six months for surgery, they bear that entire cost.

In the other part of the public health care system — the more standard one in which we all participate — that is not the case. They push those costs back onto the private individual. If you cannot get in for an operation for six months or for one year, you bear the cost of the lost wages, and also that you cannot work and that you require the assistance of a home support worker.

The very fact that WCB is willing to pay for this is evidence that it is worth it in the long run — it saves them money. They are free to make the choice and they choose this because it saves them money over the long term.

Senator Roche: With respect to the figures I put on the table, the whole system costs \$ 100 billion now, split 70-30. Dr. Sinclair says that 10 per cent is needed for restructuring — \$7 billion per year, split 50-50 between the federal and the provincial governments. Is that viable? Each level of government would come up with \$ 3.5 billion per year. Can we get out of this dilemma that we now face by having the federal and provincial governments put in \$ 3.5 billion each per year for the next 10 years? What is your view?

Mr. Lozon: No, you cannot get out of it. First, it is highly unlikely that a province such as Saskatchewan would do that, and certainly it is clearly unlikely that Ontario, which would bear \$1.5 billion of the \$3.5 billion, would be prepared to invest more

jamais vraiment eu l'option que nous croyons avoir, et nous devrions l'abandonner le plus tôt possible» ou que «oui, l'option est valide, et oui, nous pouvons la faire fonctionner».

Bien sûr, nous allons réduire les coûts en même temps. Il ne s'agit pas de choisir l'un ou l'autre, c'est-à-dire de générer le plus d'argent ou de réduire nos coûts. Nous pouvons faire les deux. De fait, l'adoption d'une formule financière différente permettant de recueillir plus d'argent constitue aussi un moyen de faire baisser nos coûts à l'interne, car elle favorisera la rétroaction et incitera les fournisseurs de services à réduire leurs coûts. Par exemple, si nous voulons que les hôpitaux publics réduisent leurs coûts, je crois que la meilleure solution consiste à les forcer à faire concurrence à des hôpitaux privés qui dispensent les mêmes services à des clients payeurs. Ce serait peut-être plus efficace qu'une solution administrative.

Je suis sûr que nous n'arriverons pas à bout de ce débat.

J'aimerais soulever un point supplémentaire concernant les commissions des accidents du travail, qui favorisent une médecine à deux vitesses en payant plus cher les services dispensés par les hôpitaux et les médecins, de façon à ce que leurs patients soient traités en premier. Cela se produit non pas parce que les CAT aiment dilapider leur argent, mais parce qu'elles sont responsables d'assumer tous les coûts liés aux accidents du travail. Autrement dit, elles doivent assumer tous les frais liés aux congés de maladie du travailleur. Si le travailleur doit attendre six mois pour une intervention chirurgicale, les CAT paieront la note.

Dans l'autre partie du système public de soins de santé — c'està-dire le système classique où chacun d'entre nous participe — ce n'est pas la même chose. On refile ces coûts aux particuliers. La personne qui doit attendre six mois ou un an pour subir une intervention doit compenser les pertes de revenu et, en raison de son incapacité, recourir à une aide à domicile.

Le simple fait que les CAT soient disposées à payer plus cher pour obtenir un service plus rapide montre qu'à long terme le jeu en vaut la chandelle, car elles réalisent des économies. Elles sont libres de choisir, et elles choisissent cette option parce qu'elle leur permet d'économiser de l'argent à long terme.

Le sénateur Roche: En ce qui concerne les chiffres que j'ai avancés, l'ensemble du système coûte actuellement 100 milliards de dollars, selon une répartition 70 p. 100-30 p. 100. Le Dr Sinclair affirme qu'il faut 10 p. 100 pour procéder à une restructuration, soit sept milliards de dollars, dont la note serait partagée également entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux. Est-ce viable? Chaque ordre de gouvernement aurait donc à contribuer 3,5 milliards de dollars par année. Sommes-nous capables d'échapper au dilemme actuel en demandant au gouvernement fédéral et aux provinces de verser 3,5 milliards de dollars chacun par année pendant les dix prochaines années? Quel est votre point de vue?

M. Lozon: Non, on ne peut en sortir. Premièrement, il est très improbable qu'une province comme la Saskatchewan participe à une telle initiative, et il est certainement improbable que l'Ontario, qui verserait 1,5 des 3,5 milliards de dollars soit

in a health budget that is currently at about \$23 billion. I do not have the numbers, but on the smell test, they do not seem to match up.

Senator Roche: You think the provinces will not put in more money, even if we were to convince the federal government to put in more for restructuring the health care system?

Mr. Lozon: The provinces feel they are maxed out right now.

Senator Roche: Is it a dead end. Would it be a dead end for us to recommend that the provinces share in the restructuring costs for the medicare system?

Mr. Lozon: Even in the most recent history of this suggestion, in September 2000, when the first ministers reached their health accord, the number was \$23 billion over five years, all of it federal. I would have thought that, if this were a fruitful line of thinking or discussion, it might well have been tapped then.

I am speaking as an individual —I am not representing any government agency — but I do not see the provinces coming collectively to the view that they have an additional \$3.5 billion to put into the equation.

Senator Roche: Is that what leads you to think we have to explore the private route to obtain the extra money?

Mr. Lozon: The original discussion was whether there would be a dedicated stream of revenue, presumably flowing from the Canadian public, for increased resources. I raised the other issue because I wanted to see it debated and discussed. My own view is that, if you want to increase taxes, whether it is a dedicated tax or a general tax, then you are talking about putting substantial amounts of money into a system that, over the next six to 10 years, will inevitably grow and cost more.

The Chairman: The committee has not discussed the numbers. The point is that Dr. Sinclair was asked the question because he had worked on the restructuring proposal in Ontario.

Senator Keon: Mr. Davis has answered my query.

[Translation]

Senator Pépin: I am delighted that you agreed to share your expertise with us.

[English]

I share the preoccupation of Senator Keon with the issues of health care providers and information for users. I am taking you back to the issue of public education, which we discussed earlier.

Many of us are of the generation when the health care system was first implemented, in the 1960s. I was a nurse in the services and we worked as a team with the doctors. We even made house

disposé à investir davantage dans un budget de santé qui s'élève actuellement à environ 23 milliards de dollars. Je n'ai pas tous les chiffres, mais à vue de nez, cela n'a pas l'air vraisemblable.

Le sénateur Roche: Vous croyez que les provinces refuseront d'investir davantage, même si nous arrivions à convaincre le gouvernement fédéral de fournir plus d'argent pour restructurer le système de soins de santé?

M. Lozon: Les provinces estiment déjà payer au maximum de leur capacité.

Le sénateur Roche: C'est l'impasse. Serait-il vain de recommander que les provinces partagent les coûts de restructuration du régime d'assurance-maladie?

M. Lozon: Même la dernière fois que cette question a été soulevée, en septembre 2000, lorsque les premiers ministres ont conclu leur accord sur la santé, le chiffre était de 23 milliards de dollars sur cinq ans, et toute la somme devait être assurée par le fédéral. J'ai tendance à croire que, si cette idée était viable, on aurait pu l'adopter à l'époque.

Je parle en mon nom uniquement — je ne représente aucun organisme gouvernemental —, mais je doute que les provinces ne s'entendent sur le besoin d'injecter 3,5 milliards de dollars de plus.

Le sénateur Roche: Est-ce cette situation qui vous pousse à croire que nous devrions envisager une certaine privatisation en vue d'obtenir le financement supplémentaire?

M. Lozon: Le débat initial consistait à déterminer si on pouvait trouver une autre source de revenu, probablement auprès du public canadien, afin d'accroître les ressources. J'ai soulevé l'autre question, car je souhaitais qu'on en parle. À mon avis, si on opte pour une imposition accrue, qu'il s'agisse d'un impôt spécialement affecté ou d'un impôt général, on parle d'injecter des sommes considérables dans un système qui, au cours des six à dix prochaines années, connaîtra une croissance inévitable et coûtera plus cher.

Le président: Le comité n'a pas examiné les chiffres. On a posé la question au Dr Sinclair parce qu'il a travaillé sur une proposition de restructuration en Ontario.

Le sénateur Keon: M. Davis a répondu à ma question.

[Français]

Le sénateur Pépin: Je suis très heureuse que vous ayez accepté de nous faire partager votre expertise.

[Traduction]

Je partage les préoccupations du sénateur Keon en ce qui concerne les fournisseurs de soins de service et l'information pour les utilisateurs. J'aimerais revenir à la question de l'éducation du public, dont nous avons parlé plus tôt.

De nombreuses personnes ici sont de la génération qui a vu naître le système de soins de santé dans les années 60. J'étais infirmière à l'époque, et nous travaillions de concert avec les calls with doctors. We had our routine, but after that, the system changed.

I believe that public information is mandatory and we must make it a priority. We also need to consider public education about the new technology. We spoke about how important it is, and so we must use the new technology to create a better health care system.

The majority of the users of the system will be 65 years of age and over. This group is the most reluctant to use the new technology. I visit elderly people on occasion and I tell them about people who are trained to teach the elderly to use a computer. They refuse to try it, and they even refuse to use their Interac card because they do not want anybody to have access to their bank accounts. Much public information will be computerized, and so I am concerned, because the elderly have such high expectations.

You said that Canada is 30th in quality of care. That is because the majority are expecting top-notch health care across the board. Someone mentioned the love affair with hospitals. We know the difficulty that occurs when two hospitals are merged and people worry because they will have to use a facility with which they are not familiar — perhaps there will be new doctors and new services. We will have to find a way to encourage people to computerize their information, perhaps through tax incentives. That might be a good way with baby boomers. Right now, elderly people probably constitute the majority. However, only the wealthier people will accept this new technology, while the majority will remain blind to it.

When we are speaking about education, we are speaking about doctors, nurses and social workers. How do we educate the people about the new techniques the doctors and nurses are looking for? Who will do it and how will they do it?

We have spoken about technology, and what we have to do in funding. I agree with all the discussions we had, but one of the most important questions is how to address the situation with that group of people. Until now, we have talked about the practical things. The people's issues will be very difficult to deal with.

Also, if we want to have the people's support instead of their anger, because they do not understand what is going on, we must look into different ways that we could do it, such as through contemporary media. I agree with that, but I think we must spend as much time discussing fundraising and technology.

médecins. Nous faisions même des visites à domicile avec les médecins. Nos méthodes étaient bien établies, mais par la suite, le système a changé.

Je crois que l'information du public est impérative et que nous devons en faire une priorité. Nous devons aussi songer à informer le public des nouvelles technologies disponibles. Nous avons parlé de l'importance d'une telle sensibilisation, et nous devons utiliser les nouvelles technologies pour créer un système de soins de santé plus efficace.

La majorité des utilisateurs du système seront âgés de 65 ans et plus. Or, il s'agit du groupe qui se montre le plus réticent à l'égard des nouvelles technologies. Je rends visite à des aînés à l'occasion, et je leur parle de personnes qui sont formées pour montrer aux aînés comment utiliser un ordinateur. Ils refusent de tenter l'expérience, ils refusent même d'utiliser leur carte Interac, car ils craignent que quelqu'un accède à leur comptes bancaires. Une part importante des renseignements publics seront conservés sur support informatique, et cela me préoccupe, parce que les aînés ont des attentes si élevées.

Vous avez affirmé que le Canada est trentième au chapitre de la qualité des soins. C'est parce que la majorité s'attend à des soins de santé complets et de première qualité. Quelqu'un a fait référence à notre amour des hôpitaux. Nous connaissons les difficultés que cela occasionne lorsque deux hôpitaux fusionnent et que les gens s'inquiètent parce qu'ils devront se rendre dans un établissement qu'ils ne connaissent pas bien — il y aura peut-être de nouveaux médecins et de nouveaux services. Nous devons trouver un moyen d'encourager les gens à consigner leurs renseignements sur support informatique, peut-être au moyen d'incitatifs fiscaux. Cela serait peut-être efficace auprès des babyboomers. À l'heure actuelle, les aînés constituent probablement la majorité. Toutefois, seules les personnes plus aisées accepteront cette nouvelle technologie, alors que la majorité fera la sourde oreille.

Lorsque nous parlons d'éducation, nous parlons de médecins, d'infirmières et de travailleurs sociaux. Comment informer les gens des nouvelles techniques recherchées par les médecins et les infirmières? Qui s'en chargera? Comment s'y prendra-t-on?

Nous avons parlé de la technologie et de ce que nous devons faire au chapitre du financement. J'appuie tous les débats que nous avons tenus, mais l'un des enjeux les plus importants tient aux méthodes que nous utiliserons auprès de ce groupe de personnes. Jusqu'à maintenant, nous avons parlé d'aspects pratiques. Les questions liées aux personnes seront très difficiles à résoudre.

De plus, si nous voulons que la population nous soutienne au lieu d'être en colère — parce qu'elle ne comprend pas ce que qui se passe —, nous devons envisager divers moyens de l'informer, par exemple, grâce aux médias contemporains. J'appuierais une telle démarche, mais je crois que nous devons consacrer autant d'efforts à discuter de la collecte de fonds et de la technologie.

My problem is, if we organize everything and present it without explanation, people will be confused. The majority will also question the confidentiality if we do not explain what we are doing. We do not even speak about home care, and it is the same there as well.

Do you have good avenues to solutions? I believe that this is the secret if we want people to accept the reorganization. They must understand it; otherwise we will have a big problem.

Dr. Kenny: I think you are on a very important issue. I do not have the answer, but I would like to say that very often, and it is even in a few of your volumes, when we identify the drivers of health care costs, we identify the aging population. It is extremely important for us to be very careful about how we say that. First, we know that it is not aging per se that causes the costs; it is patterns of practice. Senator Morin was talking about how we are doing dialysis later or doing cardiac procedures on older people.

Yet, if you look at the empirical literature about informed decision making in the elderly, including things like the development of advance directives before there is a medical emergency, it is really abysmal. We do this very poorly.

As someone who is often involved with ethical conflicts at the bedside, I have seen cases where elderly people thought their doctor wanted them to have the procedure, thought their doctor said they needed to have the chemotherapy, when in fact, if they had truly understood, they would have made a different decision. They would have been prepared to make different decisions more appropriate for them — sometimes to use the technology, but sometimes to forgo it.

I would like to say two things in response to the senator's question.

First, please be careful in your report not to make it look as if the aging population, which is in large part a celebration of the advances of modern medicine, is a problem simply because it is aging. There is something deeply problematic and ageist about that.

On the other hand, the issue of respectful and appropriate decision making for precisely this group, as they move into their final years, becomes excruciatingly important. You are right that this is not a matter of information technology, though there are some very technically adept elders who have become really interested and sophisticated. However, the majority of them will certainly need members of the health care team to walk them through the evidence, the benefits and risks.

Le problème que je soulève est le suivant: si nous organisons tout cela et présentons nos idées sans les expliquer, les gens seront déroutés. De plus, si nous n'expliquons pas ce que nous faisons, la majorité remettra en question notre capacité de protéger la confidentialité. Et nous ne parlons même pas de soins à domicile, où la situation est la même.

Avez-vous de bonnes idées pour que nos solutions deviennent réalité? Je crois que c'est la clé du succès, si nous voulons que la population accepte la notion de restructuration. La population doit comprendre cette notion, sans quoi le problème reste entier.

La Dre Kenny: Je crois que vous soulevez un enjeu très important. Je n'ai pas la réponse, mais j'aimerais signaler que, très souvent — et on en parle même dans quelques-uns de vos volumes —, lorsqu'on énonce les facteurs qui accroissent le coût des soins de santé, on fait référence au vieillissement de la population. Il est extrêmement important de bien choisir ses mots lorsqu'on aborde ce sujet. Premièrement, nous savons que la montée des coûts est liée non pas au vieillissement, mais bien aux pratiques dans le domaine. Le sénateur Morin a mentionné cette tendance à recourir à la dialyse plus tard ou à effectuer des procédures cardiaques sur des personnes âgées.

Pourtant, si on consulte la documentation empirique relative à la prise de décisions éclairées par les aînés, y compris au sujet de questions comme l'élaboration d'un testament biologique avant que ne surviennent des problèmes de santé, les résultats sont vraiment épouvantables. Notre rendement à ce chapitre est très médiocre.

En raison de ma profession, je dois souvent composer avec des dilemmes moraux. Je suis témoin de situations où des aînés croyaient que leur médecin voulait qu'ils subissent une intervention donnée, ou croyaient que leur médecin disait qu'ils avaient besoin d'une chimiothérapie, alors que, de fait, s'ils avaient vraiment compris, ils auraient pris une toute autre décision. Ils auraient été prêts à prendre une décision différente, peut-être plus appropriée — cela correspond parfois à recourir à la technologie, mais aussi à y renoncer.

Maintenant, en réponse à la question du sénateur, j'aimerais dire deux choses.

Premièrement, prenez soin, dans votre rapport, de ne pas présenter la population vieillissante, qui reflète en partie les progrès de la médecin moderne, comme problème, simplement parce qu'elle vieillit. Cela dénoterait une attitude très douteuse et âgiste.

Par contre, la question de la prise de décisions respectueuses et appropriées à l'égard de ce groupe, qui passe à la dernière étape de sa vie, devient extrêmement importante. Vous avez raison de dire que l'enjeu ne concerne pas les technologies de l'information, mais il n'en demeure pas moins que certains aînés manifestent un intérêt réel pour la technologie et la connaissent bien. Toutefois, la majorité d'entre eux auront certainement besoin que le personnel de soins de santé leur explique les recherches, les avantages et les risques.

Therefore, I go back to the question of primary care reform, with which we were dealing in the beginning, and even the way doctors are paid. The average doctor, no matter how busy or what his/her style, agonizes over not being able to give the appropriate amount of time, communication and support, particularly to elders or those living with a terminal disease. Thus, we have this problem of tougher decisions, with more potential options being provided, at a time when the doctor and the nurse, or whoever the people closest are, but generally it is the doctor, have less time to actually help patients understand the information and what it might mean to them.

The recommendation that we give particular attention to informed decision making with elders and those with chronic and terminal illness should become an educational commitment in its own right. It is important, because there is so much inappropriate care at end of life, and failure to give good care. I have heard Senator Carstairs talking about the absolute need for proper end of life care. We do not do that anywhere near as well as we ought. There are a lot of inappropriate interventions. That is a good example of where nothing in our current system is helping us to do it right for the group of persons to whom I think we have a special obligation.

Mr. Lozon: You have raised a very broad area. Sometimes, when we talk about the health care system, we talk about adding money, adding technology, better human resources planning, and restructuring of institutions and community care. However, the essence of our existence, caring for people, is what we do well. The strength of our system is that it is based on, as Dr. Kenny said early on, compassion and understanding between one human being and another.

When we talk about building more information systems or doing some reorganization, it is against a backdrop, which we take for granted and perhaps should not, that the compassion in the system is what moves it forward, and that what we do can only be an add-on.

I am actually encouraged by the number of patients who ask me why there is not more information technology accessible to individuals.

The privacy concerns that you touched on are very real. As we move forward with better electronic health records, this question will become more and more delicate. After decades of waiting, I am cautiously optimistic, because information now seems to be a lot more accessible and in a form that is much easier to handle than it used to be.

Mr. Davis: I will comment on the teamwork issue that has arisen a couple times today, how to encourage health professionals to work together, as that working relationship does not seem to be what it once was. That is, more than

J'aimerais donc revenir à la question de la réforme des soins primaires, dont il a été question au début, ainsi qu'au mode de paiement des médecins. Même lorsqu'on ne tient pas compte de l'achalandage ou du style de pratique, la moyenne des médecins sont angoissés par l'idée de ne pas pouvoir accorder aux patients, en particulier les aînés et les personnes aux prises avec une maladie terminale, tout le temps, les communications et le soutien dont ils ont besoin. Ainsi, nous devons prendre des décisions plus difficiles et fournir plus d'options à une époque où le médecin et l'infirmière — ou quiconque est le plus près du patient, mais c'est généralement le médecin — ont moins de temps pour aider le patient à comprendre l'information et comment elle s'applique à lui.

La recommandation selon laquelle nous devrions prêter une attention particulière à la prise de décisions déclarées par les aînés et les personnes atteintes de maladies chroniques ou terminales devrait devenir un engagement ferme envers l'éducation. C'est une question importante, car de nombreuses personnes mourantes reçoivent des soins appropriés. J'ai entendu le sénateur Carstairs parler du besoin absolu de soins convenables en fin de vie. Nous ne sommes mêmes pas près d'atteindre cet objectif. Il y a beaucoup d'interventions inappropriées. Cela montre en quoi notre système actuel ne nous aide aucunement à bien traiter ce groupe de personnes envers lesquelles, selon moi, nous avons une obligation spéciale.

M. Lozon: Vous avez soulevé une question très large. Parfois, lorsqu'on parle du système de soins de santé, on parle d'ajouter de l'argent, de recourir à de nouvelles technologies, d'améliorer la planification des ressources humaines ou de restructurer les établissements et les soins communautaires. Toutefois, notre raison d'être, c'est-à-dire prendre soin des gens, c'est notre point fort. Notre système est fort parce qu'il est fondé sur — comme l'a souligne la Dre Kenny plus tôt — la compassion et la compréhension entre deux êtres humains.

Lorsqu'on parle d'établir des systèmes d'information supplémentaires ou de procéder à une certaine restructuration, nous avons peut-être tendance à ne pas tenir compte du fait que de telles initiatives s'inscrivent dans un système qui repose sur la compassion, et qu'elles ne peuvent être que des compléments.

Je suis vraiment encouragé par le nombre de patients qui me demandent pourquoi les gens ne jouissent pas d'un accès accru aux technologies de l'information.

Les préoccupations que vous avez soulevées concernant la protection des renseignements personnels sont très réelles. Cet enjeu gagne en importance lorsque nous nous efforçons d'assurer une meilleure tenue de dossiers médicaux grâce à des outils électroniques. Après plusieurs décennies d'attente, j'affiche un optimisme prudent, car l'information semble beaucoup plus accessible et est présentée sous une forme beaucoup plus conviviale qu'autrefois.

M. Davis: Je reviens sur la question du travail d'équipe, déjà soulevée à deux reprises aujourd'hui, sur les moyens d'encourager les professionnels de la santé à travailler ensemble, car cette relation de travail n'est plus ce qu'elle était. Il s'agit, d'abord et

anything, a management leadership issue within the delivery system itself. Things can and should happen at the government level in terms of removing some of the legislative barriers.

However, we do need to focus on finding and developing topquality management and executive leadership for the health care system. It is such a large, complex environment that we should be looking for the best managers, who can lead effectively in this teamwork area.

This is not particular to health care. I was talking to the president of the University of Calgary the other day, who told me that when he tours downtown Calgary and talks to executives from the oil and gas sector and asks what they need the university to produce, they say they want more engineers, but they want engineers and technical people who can work in teams, think laterally, relate to the Aboriginal community, and have that broader range of skills. We have to look for that leadership in health care if we want to encourage this kind of behaviour.

It would be a mistake to think that scope of practice changes, in and of themselves, will automatically facilitate this. This really is a leadership management issue.

The Chairman: I would like to ask the panel two questions that are completely unrelated.

First, can you give us, since you come from five different provinces, a handle on what you see as the federal role in restructuring? One of the reasons I ask is, as you can probably tell from volume 5, we were extremely frustrated when the federal government put \$1 billion into new equipment, which it announced in the September 2000 agreement, without knowing where the money actually went, or even if it went into new equipment. You can read between the lines in volume 5 that our view is, if the federal government is going to institute an earmarked tax, it would need some assurance that, first, the money goes into the health care system and, second, into the sorts of things that we have talked about today, such as restructuring.

The broad question is what kind of role do you see the federal government playing? Is it to contribute money and hope the process works, or is it to put strings, conditions, et cetera, on the money? That is one issue.

Second, as we made clear in the report, the rationale behind our principle 20, the care guarantee, which says to people, "You will have a maximum waiting time for various procedures and the length of the waiting time will depend on the procedure," was to shift the pressure from the patient. Now rationing puts pressure on the patient by lengthening waiting lines and on front-line providers because they are overworked. We want to move that

avant tout, d'une question de leadership de la direction au sein du système de soins de santé. Les gouvernements peuvent éliminer certains obstacles législatifs, et ils devraient le faire.

Toutefois, nous devons nous attacher à recruter des dirigeants de premier ordre pour le système de soins de santé, et à assurer leur perfectionnement. C'est un environnement très large et très complexe, et nous devrions chercher les meilleurs dirigeants, ceux qui peuvent prendre efficacement les commandes dans un contexte où le travail d'équipe prime.

Cette préoccupation n'est pas propre aux soins de santé. L'autre jour, j'ai rencontré le président de l'Université de Calgary. Il m'a raconté que lorsqu'il se rend au centre-ville de Calgary et demande aux dirigeants du secteur du pétrole et du gaz ce qu'ils attendent des universités, ces derniers répondent qu'ils veulent plus d'ingénieurs, mais qu'ils cherchent des ingénieurs et des techniciens qui peuvent travailler en équipe, réfléchir de façon latérale, comprendre les préoccupations des Autochtones et posséder une gamme d'aptitudes plus étendues. Nous devons chercher ce type de dirigeant pour réussir à encourager de tels comportements dans le domaine des soins de santé.

Ce serait une erreur de croire que la modification des champs d'activité, en soi, favoriserait automatiquement le travail d'équipe. C'est vraiment une question de gestion du leadership.

Le président: J'aimerais poser au groupe de témoins deux questions qui n'ont aucun rapport entre elles.

Premièrement, puisque vous provenez de cinq provinces différentes, pourriez-vous nous donner une idée de ce que vous estimez être le rôle du gouvernement fédéral en matière de restructuration? Je pose cette question en partie parce que comme vous l'avez probablement constaté en lisant le volume 5, nous étions extrêmement frustrés lorsque le gouvernement fédéral a annoncé, dans le cadre de l'entente de septembre 2000, qu'il affecterait un milliard de dollars à l'achat d'équipement, sans qu'on sache vraiment où l'argent est allé, ni même s'il a effectivement été utilisé pour acheter de l'équipement. Si vous lisez entre les lignes, le volume cinq révèle notre point de vue selon lequel le gouvernement fédéral, s'il crée un impôt affecté à une fin spéciale, devra s'assurer que l'argent sera injecté, premièrement, dans le système de soins de santé, et, deuxièmement, dans le type d'initiative dont nous avons parlé aujourd'hui, comme la restructuration.

J'aimerais donc savoir, de façon générale, quel rôle vous attribuez au gouvernement fédéral? Doit-il se contenter d'injecter de l'argent et de se croiser les doigts, ou doit-il exercer un certain pouvoir et assortir son investissement de conditions? C'est la première question.

Deuxièmement, comme nous l'avons expliqué clairement dans le rapport, notre vingtième principe, celui qui porte sur la garantie relative aux soins, qui promet aux gens qu'on établira un délai d'attente maximal pour diverses procédures et que la durée du délai d'attente dépendra de la procédure, avait pour but de déplacer la pression exercée sur le patient. Maintenant, le rationnement exerce de la pression sur le patient, en

pressure back onto the people who created it in the first place through rationing and global budget control — provincial governments.

I do not think we put it quite that bluntly, but that was an important underlying rationale for the care guarantee, aside from the fact that it also dealt with the number one public complaint about the system.

If such a guarantee existed, several of you are in a position where you would either have to deliver on it or see patients go to another jurisdiction, or even to the United States. I would like your comments.

Senator Morin: Many panel members commented on the fact that certain issues were, to use your words, "intensely provincial": primary care reform, hospital funding and so forth. What do you see as the federal role? Do you have an order of priority for the issues on which you think the federal government could get a handle, as opposed to those that are so intensely provincial that even if we knew what the solution was, we could not really comment on it?

The Chairman: To give an example, on the technology issue, some of us have asked — not facetiously — if you wanted to put \$1 billion into technology, why did you not give them the equipment rather than the money? At least then you would know where the money went.

Has anyone any comments on any of those issues? Most of you have served as deputy ministers at one time or another.

Mr. Forget, I see you are the only one who served as a minister. I will start with you.

Mr. Forget: Chairman, you are aware that in my earlier appearance before you, I tried to steer away from federal-provincial issues, but the question is put so directly. Eventually, I think it is critical to the success of your recommendation.

Ottawa and the provinces are in this boat together, so to speak. They can decide to play a cooperative game or they can decide to play an uncooperative game. Of course, we have examples of those uncooperative behaviours from the provincial perspective.

An uncooperative game is to blame all the things that go wrong on the federal government, because of transfer cuts, and to try to steer their own separate way on issues of political saliency. Those are not always the same, obviously.

I would say the federal government's uncooperative game would be to say, "Let us carve out something that we can do directly without any agreement about fundamental health issues with the provinces and have isolated, self-contained federal programs." We have a few historical examples of those, also. I remember from my days in politics that there was something called a "local initiatives program," which created a great deal of

prolongeant le délai d'attente, et sur les fournisseurs de services de première ligne, car ils sont surchargés. Nous voulons remettre cette pression sur ceux qui l'ont créée au moyen d'une mesure de rationnement et de contrôle budgétaire globaux, c'est-à-dire les gouvernements provinciaux.

Je ne crois pas que nous l'ayons dit aussi brusquement, mais c'est un important facteur sous-jacent de la garantie de soins, outre le fait que la garantie visait à résoudre la principale plainte concernant le système.

Si une telle garantie existait, plusieurs d'entre vous seriez tenus de la respecter ou de voir les patients se faire soigner ailleurs, peut-être aux États-Unis. J'aimerais entendre vos commentaires sur cette question.

Le sénateur Morin: De nombreux membres du groupe de témoins ont signalé que certains enjeux étaient, pour vous citer, «purement provinciaux», comme la réforme des soins primaires, le financement des hôpitaux et ainsi de suite. Selon vous, quel est le rôle du fédéral? Avez-vous une idée de l'ordre de priorité des enjeux à l'égard desquels le gouvernement fédéral pourrait réagir, contrairement à ceux qui relèvent de compétences qui sont si purement provinciales qu'on ne pourrait pas vraiment proposer de solutions même s'il y en avait une?

Le président: Prenons l'exemple de la technologie. Certains d'entre nous ont demandé — le plus sérieusement du monde — pourquoi, si vous vouliez injecter un milliard de dollars dans la technologie, vous n'avez pas donné l'équipement au lieu de verser l'argent? Au moins, vous auriez su où était allé l'argent.

Est-ce que quelqu'un aimerait commenter? La plupart d'entre vous avez exercé les fonctions de sous-ministre à un moment ou à un autre?

Monsieur Forget, je vois que vous êtes le seul à avoir été ministre. Je commencerai par vous.

M. Forget: Monsieur le président, vous vous souviendrez que j'ai tenté, à l'occasion de ma dernière intervention devant votre comité, de dévier des questions fédérales-provinciales, mais cette dernière question est si directe. Finalement, je crois qu'elle est essentielle au succès de votre recommandation.

Ottawa et les provinces sont, pour ainsi dire, dans le même bateau. Ils peuvent décider de coopérer ou de ne pas coopérer. Bien sûr, nous avons des exemple de comportements peu coopératifs de la part des provinces.

À titre d'exemple, le fait d'attribuer tous les problèmes à la réduction des transferts du gouvernement fédéral, et de tenter de tirer la couverture de son côté sur des questions de visibilité politique, dénote une attitude peu coopérative. Évidemment, ces enjeux varient d'un territoire à l'autre.

Pour sa part, le gouvernement fédéral pourrait se montrer peu coopératif en adoptant l'attitude suivante: «Établissons quelque chose qui peut être exécuté sans conclure d'entente avec les provinces sur les enjeux fondamentaux de la santé, et créons des programmes fédéraux autonomes et isolés.» On peut aussi trouver quelques exemples de cela. À l'époque où j'étais en politique, je me souviens d'un «programme d'initiatives locales» qui avait

resentment provincially because it was seed money, and after three years, most of those grants ran out. Of course, the political problem was you-know-where, and it created distortion and political angst.

I believe it is more constructive to at least attempt a cooperative game. A cooperative game would imply doing away with this dissension that Dr. Morin was implying in his question. Is there something that we can parcel out to the total mass of health care programs, whether or not the provinces agree, and be sure that the money is spent for those purposes?

On the contrary, and this is what I tried to say in my remarks, with regard to those things that are intensely provincial, Ottawa can, quite paradoxically, play a very significant role, but that implies sharing the political odium as a result of the major transformations that are needed. That will not take place unaided in individual provinces, or else it would have already done so. These problems have been known for a long time, but it is simply politically almost impossible to crack those nuts unless there is a concerted effort. The whole issue of professional corporations and the very compartmentalized unionization of all these groups superimpose another degree of rigidity. The question of which services are covered and which are not is very important. It is crucial. It is more important than equipment. Equipment would take care of itself if we had a well-functioning system, because there would be a demand, and perhaps a funding system through services provided rather than through global budgeting.

It is not logical, whenever an input is deficient, to say that the government has to intervene and solve the problem. These are managerial issues. Let us ask ourselves why the managers, who can see those problems, are not able to resolve them. They are not able to resolve them because they live in straightjackets. Let us change that and, in so doing, the federal government can take a leadership role in intensely provincial matters, not to replace the provinces or do things in spite of them, but with their cooperation.

It is like the prisoner's dilemma. Either you do this cooperatively and you achieve a greater good for all, or you try to optimize your position separately, then it will get worse rather than better.

You will solve one problem and create another one in the process.

It seems to me that the big challenge is not to try to separate federal from provincial concerns, but to attack the whole issue. I cannot believe that the provinces, if approached in the right way, and in spite of the past history of cynicism and so on, would not respond if they knew that the federal government was prepared to share the political cost of making changes. Let's face it, it is not just a question of playing Father Christmas and saying, "Here is \$1 billion." It looks nice, sounds nice and is nice, but it is free in political terms. You are doing something to the system that will

beaucoup froissé les provinces, car il s'agissait de subventions de démarrage, et la plupart de ces subventions s'étaient épuisées après trois ans. Bien sûr, le problème politique était où vous savez, et cela a suscité beaucoup de bruit et d'angoisse sur le plan politique.

Je crois qu'il est plus constructif d'au moins essayer de coopérer. Pour ce faire, il faudrait se défaire de cette dissension à laquelle faisait allusion le Dr Morin dans sa question. Est-il possible d'attribuer quelque chose à l'ensemble des programmes de soins de santé, avec ou sans l'accord des provinces, et d'être certain que l'argent sera utilisé aux fins prévues?

Au contraire — et c'est ce que j'ai tenté de faire ressortir dans mes remarques -, pour ce qui est de ces aspects qui sont purement provinciaux, Ottawa peut, paradoxalement, jouer un rôle très important, mais cela suppose de porter conjointement l'odieux politique qui découlerait des grandes transformations qui s'imposent. De tels changements ne peuvent avoir lieu sans l'aide d'une province donnée, sinon ce serait déjà fait. On connaît ces problèmes depuis longtemps, mais, politiquement, il est presque impossible de résoudre ces questions sans concertation. De plus, les ordres professionnels et la syndicalisation très compartimentée de tous ces groupes ajoutent à la rigidité du processus. Il est très important de déterminer quels services sont couverts et lesquels ne le sont pas. C'est une question cruciale. Elle est plus importante que celle de l'équipement. La question de l'équipement pourrait se résoudre toute seule si notre système fonctionnait bien, car il y aurait une demande et, peut-être, un système de financement fondé non pas sur le budget global, mais bien sur la prestation de

Il n'est pas logique, lorsqu'un problème survient, de dire que le gouvernement doit intervenir et résoudre le problème. Ce sont des questions de gestion. Nous devons nous demander pourquoi les gestionnaires, c'est-à-dire ceux qui constatent l'existence de ces problèmes, ne sont pas en mesure de les résoudre. Ils ne sont pas capables de les résoudre parce qu'ils portent des camisoles de force. Changeons tout cela, et le gouvernement fédéral pourra jouer un rôle déterminant à l'égard de questions relevant de compétences purement provinciales, non pas pour remplacer les provinces ou leur forcer la main, mais bien avec leur coopération.

C'est comme le dilemme du prisonnier. On peut coopérer pour le bien de tous ou tenter d'optimiser nos positions respectives séparément, ce qui aggravera les choses.

On résout un problème et on en crée un autre en même temps.

À mon avis, le défi consiste non pas à distinguer les compétences fédérales des compétences provinciales, mais bien à s'attaquer à l'ensemble du problème. Je crois que si on pressent les provinces de la bonne façon, elles réagiront positivement si elles savent que le gouvernement fédéral est disposé à partager le coût politique lié aux changements, malgré le cynisme qui a marqué les tentatives antérieures. Avouons-le, il ne s'agit pas uniquement de jouer au Père Noël et de dire: «Voici un milliard de dollars.» Cela paraît bien et semble gentil, mais c'est un geste politique tout à

inevitably make enemies. Too many forces have to be disturbed, so you cannot do this free of charge, politically speaking. People will hate you, but it must be done.

Mr. Lozon: It is always a bad idea to follow someone as eloquent as Mr. Forget, but I would echo his comments about a cooperative approach on this one, sharing in both the benefit and the pain.

I will speak about characteristics of what I would call an "expanded federal funding role." First, it has to be full funding. It cannot be partial. It is not a matter of leveraging additional monies out of the provinces.

The Chairman: To be clear, you mean it is not a cost-shared formula where we pay X and they pay —

Mr. Lozon: It goes to my second point on targeted funding. If you target funding, it cannot be partial. It is fully funded, it is targeted, and most importantly, it is continuing.

There is a feeling at the federal-provincial table that the federal government will put money in when they have money, and take it out when they do not and can do both with impunity. I do not think that that is the spirit of what Mr. Forget was talking about. I would look at continuing and targeted full funding.

I would actually compliment the federal government, which I think has been quite strategic in some of its investments. The investment in the Canadian Institute for Health Informatics is a good one. The investment in health research innovation is tremendously important for this country. The Health Infoway is also a very good investment. They have done some things right, strategically. As Mr. Forget said, if approached properly, the provinces will be part of it.

I would like to add one point for your consideration, which is the future health and vitality of Canada's medical schools and academic health sciences centres.

Senator Morin: I was at the dean's meeting over the weekend in beautiful Calgary, and they mentioned exactly that.

Mr. Scott: I would agree with all of that. However, a serious credibility problem arises from not just a few years, but several decades of what the provinces might see as the federal government being in and out of various funding programs, as and when they feel like it. I am somewhat depressed to think we are at a point now where what we need to do first is develop a little confidence before we can restore the cooperation at both levels. I think the first step is some concept of stable funding, and you have addressed this.

fait gratuit. C'est un geste qui, inévitablement, divisera les intervenants dans le système. Trop de forces doivent être dérangées, de sorte qu'il est impossible, politiquement, d'apporter des changements sans qu'il y ait de répercussions. Les gens vous détesteront, mais c'est ce qui doit être fait.

M. Lozon: Il n'est jamais idéal de prendre la parole après une personne aussi éloquente que M. Forget, mais je tiens à soutenir ses commentaires sur l'adoption d'une approche coopérative, son importance d'assumer conjointement les avantages et les désagréments.

Je parlerai des caractéristiques de ce que j'appellerais un «rôle étendu du gouvernement fédéral au chapitre du financement». Premièrement, le financement doit être complet. Il ne saurait être partiel. Il ne s'agit pas d'aller chercher des sommes supplémentaires auprès des provinces.

Le président: Pour être clair, vous ne parlez pas d'une formule de partage des coûts où nous payons X et ils paient...

M. Lozon: Cela correspond à mon deuxième point c'est-à-dire le financement ciblé. Si le financement est ciblé, il ne peut être partiel. Il s'agit d'un financement complet, ciblé et, plus important encore, permanent.

À la table de négociation fédérale-provinciale, on a l'impression que le gouvernement fédéral peut impunément injecter de l'argent lorsqu'il en a, et le retirer lorsqu'il n'en a pas. Je ne crois pas que cela reflète l'esprit de coopération dont parlait M. Forget. Je crois que nous devrions envisager un financement complet, ciblé et permanent.

En fait, j'ai des compliments pour le gouvernement fédéral, qui, selon moi, a effectué quelques investissements stratégiques. L'investissement dans l'Institut canadien d'information sur la santé est judicieux. L'investissement dans l'innovation en matière de recherche sur la santé est énormément important pour notre pays. L'Inforoute santé est aussi un très bon investissement. D'un point de vue stratégique, le gouvernement a pris de bonnes décisions. Comme l'a souligné M. Forget, les provinces coopéreront si on les pressent d'une façon convenable.

Enfin, j'aimerais porter un dernier point à votre attention, soit la santé et la vitalité futures des écoles de médecine et des centres médico-hospitaliers universitaires du Canada.

Le sénateur Morin: J'ai assisté à la rencontre des doyens au cours de la fin de semaine, dans la belle ville de Calgary, et c'est exactement ce qu'ils ont dit.

M. Scott: Je suis d'accord avec tout cela. Toutefois, cela occasionne un grave problème de crédibilité, car il faudra effacer ce que les provinces perçoivent non pas comme quelques années, mais bien comme plusieurs décennies de participation du gouvernement fédéral à divers programmes de financement, au gré de ses caprices. Je crois qu'il est plutôt déprimant de voir que nous en sommes au point où il faut d'abord rétablir la confiance avant d'obtenir une coopération des deux ordres de gouvernement. Je crois que la première étape consiste à adopter une certaine forme de financement stable, et vous avez abordé cette question.

The Chairman: Stable funding for the current system as opposed to a restructured one?

Mr. Scott: Yes, so there is a clear understanding that there is a longer-term commitment from the provincial and federal governments, and that they are actually in the same game in terms of paying for what they have now, even though that may not be enough. If there were some stable, longer-term perspective on this, then moving into dedicated funding in other areas would be much more successful.

Not to be too cynical about it, but if, for example, you granted my wish and created dedicated funding for speeding up the development of information systems across the country, I know that some senior provincial people would say we just want the information to show they are not doing a good job now because we underfunded them in these other areas. That kind of cynicism has to be addressed, and I think the first step is stable funding.

Mr. Davis: The federal government absolutely must take more of a role in the financial support of the health care system. When you control as much of the tax base as they do, it just flies in the face of logic that they would not participate more fully in the country's most significant social program.

If you look at what the federal government spends its money on, it pays interest on debt and it transfers money to individuals, but it does not really participate significantly in health care or education, notwithstanding the CHST. They have to get more into the game, and I would suggest a per-capita, age-adjusted amount that goes to every province, irrespective of the equalization system and CHST, a basic, floor amount. The interstate highway system in the United States would never have been built without some base level funding and dedicated revenues to support it.

I have already talked about tax incentives for encouraging wellness behaviour. There is a huge opportunity there, because the federal government largely controls taxation in this country. However, I would diverge from my colleagues over the idea that everything must be a cooperative venture between the provinces and the federal government, because it will simply not happen. There can be federal-provincial meeting after meeting at the ministerial or deputy ministerial level, and the current federal Minister of Health is probably as good at building consensus as anyone holding political office in that area anywhere in the country, but I still think it will be difficult.

It should be much like the CFI, which I think was a brilliantly strategic move, and is actually working very well. The provinces did not agree with it and objected vehemently when it was a —

The Chairman: CFI being the Canadian Foundation for Innovation.

Mr. Davis: Yes. It is doing exactly what it is supposed to do. It is focusing on excellence and research-capacity building, and the provinces are now supporting it because they can see the benefit.

Le président: Parlez-vous de financement stable pour le système actuel, par opposition à un système restructuré?

M. Scott: Oui, de façon à ce qu'on établisse clairement qu'il y a un engagement à long terme des gouvernements provinciaux et fédéral, et qu'ils collaborent réellement afin de payer ce qu'il y a à payer maintenant, même si cela n'est peut-être pas suffisant. En adoptant une perspective à long terme, plus stable, on est plus susceptible de réussir la transition vers un financement ciblé dans d'autres domaines.

Si, par exemple, vous exauciez mon vœu et affectiez des fonds pour accélérer l'établissement de systèmes d'information partout au pays, je sais que certains dirigeants provinciaux avanceraient que nous voulons seulement montrer qu'ils ne font pas du bon travail, car on les a sous-financés dans ces autres domaines. Nous devons mettre fin à ce cynisme, et je crois que la première étape consiste à prévoir un financement stable.

M. Davis: Le gouvernement fédéral doit absolument assumer un rôle plus important au chapitre du soutien financier du système de soins de santé. Lorsqu'un gouvernement contrôle une part si importante de l'assiette fiscale, il est tout à fait illogique de ne pas participer plus pleinement au plus gros programme social du pays.

Si on se penche sur les dépenses du gouvernement fédéral, on découvre qu'il paie l'intérêt sur sa dette et transfère de l'argent à des particuliers, mais qu'il ne participe pas vraiment de façon significative aux soins de santé ou à l'éducation, nonobstant le TCSPS. Le gouvernement doit s'investir davantage, et, pour ce faire, je proposerais le versement d'un montant par habitant, ajusté selon l'âge, à chaque province, sans tenir compte du régime de péréquation et du TCSPS, une somme plancher. Aux États-Unis, le réseau routier inter-États n'aurait jamais été créé si on n'y avait pas affecté un financement de base et certains revenus.

J'ai déjà parlé du recours' à des incitatifs fiscaux pour encourager l'adoption de comportements favorisant le mieuxêtre. C'est là une occasion importante, car le gouvernement fédéral contrôle largement l'imposition au pays. Toutefois, je n'adhère pas à l'idée de mes collègues selon laquelle toute initiative doit découler d'une coopération entre les provinces et le gouvernement fédéral, car cela ne se produira tout simplement pas. On peut tenir une série de rencontres des ministres ou sous-ministres fédéraux-provinciaux, et le ministre fédéral de la Santé actuel est probablement aussi apte que tous autres élus responsables de ce domaine au pays, mais je crois toujours que ce sera difficile.

Ce serait comme la FCI, une initiative stratégique brillante qui fonctionne très bien. Les provinces n'étaient pas d'accord, et elles se sont opposées énergiquement lorsque...

Le président: Vous faites référence à la Fondation canadienne pour l'innovation?

M. Davis: Oui. La fondation fait exactement ce qu'elle doit faire. Elle met l'accent sur l'excellence et le renforcement des capacités de recherche, et les provinces ont fini par la soutenir, car elles voient les avantages que la Fondation procure.

The one area I see with real potential for federal investment is the electronic health record. If you want a national health care system, you need a national record. To say this cannot be done, or it has to be done in consultation with the provinces, with every health system in the country, is very Canadian, but look at the development of national and international information systems, of which there are many. You can put your Visa card in an ATM anywhere in the world and engage in a fairly confidential, complex financial transaction. I would encourage the federal government to simply build the national electronic health record, fund it, if they want, as a utility with a transaction fee attached however they want to do it - and develop it with IT architecture that is sufficiently open that pieces can be added on at the local level. Notwithstanding that we are going to try to do some things with this in Calgary and work with Mr. Lozon and Canada Health, we have multi-region consortiums trying to put together provincial consortiums. This thing will be very complex if we do it that way. This is one area where the technology is available, and it just takes will and some significant financial investment. Go out and do it. That will do more to ensure publicly funded health care in a national health care system in Canada in perpetuity than any other single action.

Senator Roche: I am hearing several comments that express the same view: the additional money needed for the restructuring of the Canada health system should come from the federal government alone.

Mr. Davis: I would not say that. Rather, I say that they need to pick which horses to ride carefully and to stay below the level of high public visibility, putting in place the basic infrastructure for an electronic health record, even though it has controversial components. I do not think they should become involved in primary care reform or reforming the delivery side of the system.

They need to put the basic infrastructure in place. It would be nice if we had a good TransCanada Highway across the country, because that would have certain economic benefits for many provinces. It is the same with the electronic health record. That would enable primary care reform and cost-containment efficiency, and allow the provincial jurisdictions to move forward with restructuring and reform.

The federal government has gone down a poorly thought-out path, funding 10,000 pilot projects on every type of reform imaginable. It created a huge amount of work for people to prepare submissions and evaluate them. The provinces have created bureaucracies to manage both the federal government and us. It has placed a great deal of pressure on many of our providers, who have become better at writing proposals and evaluating them, or spend more of their time doing it, than at delivering care.

Le seul domaine où je vois un réel potentiel d'investissement fédéral est la création du dossier médical électronique. Si on veut un système national de soins de santé, il faut un dossier médical national. Il est tout à fait canadien d'avancer que cela ne peut être fait, ou qu'il faut le faire en consultation avec les provinces, avec tous les systèmes de santé du pays, mais il suffit de penser au nombreux systèmes nationaux et internationaux d'information. Il est possible d'utiliser sa carte Visa dans un guichet automatique partout dans le monde, et de procéder à une transaction financière assez confidentielle et complexe. J'encouragerais le gouvernement fédéral à créer tout simplement le dossier médical électronique national, à le financer, et, s'il le veut, à le considérer comme un service assorti de frais de transaction — ou d'une autre structure convenable - et d'adopter une architecture de TI assez souple pour qu'on puisse y ajouter des volets à l'échelon local. Nonobstant les efforts que nous allons déployer en ce sens à Calgary ainsi que les travaux avec M. Lozon et Santé Canada, nous avons des consortiums multirégionaux qui tentent d'établir des consortiums provinciaux. Ce sera très complexe si on procède de cette façon. Il s'agit d'un domaine où la technologie est disponible, et il suffit de faire preuve de volonté et d'effectuer un investissement considérable. Allons-y. Une telle initiative contribuera davantage à la pérennité des soins de santé publics dans un système national de soins de santé que toute autre initiative isolée.

Le sénateur Roche: J'ai entendu plusieurs commentaires qui abondent dans le même sens: l'argent supplémentaire nécessaire à la restructuration du système de santé canadien devrait provenir uniquement du gouvernement fédéral.

M. Davis: Je ne dirais pas cela; ce que je dis, c'est qu'il doit choisir soigneusement ses initiatives et se faire discret, de façon à mettre en place l'infrastructure de base d'un dossier médical électronique, même si certaines composantes sont controversées. Je ne crois pas que le gouvernement fédéral devrait prendre part à la réforme des soins primaires ou des aspects du système qui sont liés à la prestation de services.

Il doit mettre sur pied l'infrastructure de base. Ce serait bien d'avoir une bonne route transcanadienne, car cela procurerait certains avantages économiques pour de nombreuses provinces. Il en va de même pour le dossier médical électronique. Il permettrait une réforme des soins primaires et favoriserait le contrôle des coûts, de sorte que les autorités provinciales auraient la possibilité de procéder à une restructuration et à une réforme.

Le gouvernement fédéral s'est engagé dans une certaine voie sans y réfléchir de façon approfondie, et a financé 10 000 projets pilotes liés à tous les types de réforme imaginables. Cela a créé énormément de travail au chapitre de la préparation et de l'évaluation des soumissions. Les provinces ont dû se doter de bureaucraties pour gérer les initiatives du gouvernement fédéral et leurs propres initiatives. Cela a exercé une pression énorme sur nombre de fournisseurs, qui sont devenus plus efficaces pour rédiger et évaluer des propositions que pour dispenser des soins, ou qui y consacrent plus de temps.

Senator Roche: If all this were done, would it obviate the need for the provinces to put money into reform of the delivery system? Would reforms flow out of the national projection that you have been talking about?

Mr. Davis: There is always a cost to restructuring anything. If you have that enabling infrastructure in place, it makes it easier and less expensive. What is the biggest part of the reform? There is much deep thinking going on throughout the country on how to reform the delivery system. We are missing the enablers, and one thing that has come up is information, which goes back to the electronic health record and the common master patient index.

Dr. Kenny: Until about three minutes ago, I thought I would jump up and down and say, "I can agree with Mr. Davis today." Then he said something with which I can only half agree. Mr. Lozon indicated earlier that he was concerned about the scope and the timing of what you are doing. If, in fact, under the general rubric of improved information for good decision making by all partners, you are narrowing it down, we should pick the electronic health record. The power of that to help us think differently about so many other things is crucially important. I am able to go to Africa and put my Interac card from Scotiabank in a machine and it will debit my account in Canadian dollars as it dispenses South African rand.

If you were to begin to think about the scope and low-hanging fruit, go for that one. I think it is the key to a different mind-set about the use of information and evidence in informed decision-making.

I do not know how the federal government will do this, but I believe only it can. It has to do with the reform of primary care. I cannot walk out of the room today without saying what you have heard repeatedly and what you have identified very well. Our inability to accomplish substantial reform of primary care goes to the heart of this issue about medieval guilds, the sharing of power and the inflexibility of our unions. It is central. It is not that reforming primary care would reform all care, but you must get a better grip on this collaborative team issue and more appropriate use of expertise.

I am stuck on what to say the federal government might do, other than provide some kind of moral leadership. Perhaps I will wake up at 2:00 a.m. with a brilliant thought. I need to put it on the table.

It is so incredibly frustrating to live in a province that receives federal money for one of these pilot projects, and the description you heard of the time and energy that are put into these things was modest. They are small, and even when they are successful, nothing happens. The money stops after the project is concluded, even when you know it worked well. We used to call them the "boutique programs." It is a serious issue, and if you are to recommend targeting federal money, you will have to see how it

Le sénateur Roche: Si de telles mesures étaient prises, est-ce que cela éliminerait le besoin pour les provinces d'injecter de l'argent dans la réforme du réseau de prestation de services? Est-ce que les réformes découleraient de cette extrapolation nationale dont vous avez parlé?

M. Davis: Toute restructuration a un coût. Par contre, si on est doté de cette infrastructure habilitante, l'initiative devient plus facile et moins coûteuse. Quelle est la plus grande partie de la réforme? Partout au pays, on réfléchit beaucoup à la façon de réformer le réseau de services. Il nous manque les facteurs habilitants, et l'un des facteurs mentionnés est l'information, ce qui nous ramène à la réalité d'un dossier médical électronique et d'un répertoire central des dossiers.

La Dre Kenny: Jusqu'à il y a environ trois minutes, je croyais pouvoir m'exclamer «Je suis d'accord avec M. Davis aujourd'hui.» Ensuite, il a dit quelque chose que je n'accepte qu'à moitié. M. Lozon a mentionné plus tôt qu'il était préoccupé par la portée et l'opportunité de ce que vous faites. Si, de fait, sous la rubrique générale de l'amélioration de l'information pour favoriser la prise de décisions éclairées par tous les partenaires, vous en limitez la portée, nous devrions opter pour le dossier médical électronique. Le pouvoir de cette initiative de nous aider à penser différemment à un si grand nombre d'autres choses est d'une importance cruciale. Je suis capable d'aller en Afrique, d'utiliser ma carte Interac de la Banque Scotia dans un guichet automatique, je reçois des rand sud-africains, et on porte une somme en dollars canadiens au débit de mon compte.

Si vous vous mettez à réfléchir à la portée et à la solution de facilité, optez pour celle-là. Je crois que c'est un élément clé pour l'adoption d'une attitude différente concernant l'utilisation de l'information et des preuves pour la prise de décisions éclairées.

Je ne sais pas comment le gouvernement fédéral y parviendra, mais je crois qu'il est le seul à pouvoir le faire. C'est lié à la réforme des soins primaires. Je ne peux quitter la séance d'aujourd'hui sans vous répéter ce que l'on vous a déjà dit à maintes reprises, et que vous avez très bien compris. Notre incapacité de procéder à une réforme importante des soins primaires découle directement des problèmes liés aux chasses gardées, au partage des pouvoirs et à la rigidité de nos syndicats. C'est un problème fondamental. Ce n'est pas que la réforme des soins primaires occasionnerait la réforme de tous les soins; il faut mieux saisir cette question de collaboration et utiliser l'expertise dont on dispose de façon plus appropriée.

J'ignore ce que le gouvernement fédéral pourrait faire, à part assurer une certaine forme de leadership moral. Peut-être qu'une idée géniale me viendra vers 2 heures du matin. Je dois néanmoins soulever la question.

Il est tellement frustrant de vivre dans une province qui reçoit des fonds fédéraux pour l'un de ces projets pilotes, — et la description que nous avons entendue concernant le temps et l'énergie consacrés à ces projets était modeste. Il s'agit de petits projets, et même lorsqu'ils réussissent, rien ne se produit. Le financement cesse lorsque le projet prend fin, même lorsqu'on sait que le projet fonctionnait bien. On les qualifiait de «programmes de boutique». C'est un enjeu important, et si vous songez à

fits into a sustainable transformation. Otherwise, it is more trouble than it is worth. It has to be the full amount, because obtaining federal grants that have to be matched may be fine when you are sitting in Vancouver or Toronto. However, when you are sitting in Halifax, the fact that you have \$500,000 in grant money means nothing if you cannot get the other one-half million dollars. It is so demoralizing. It has to be up front and targeted. Make it so that you can see the difference. You have to think about the central importance of primary care reform in all of this.

The Chairman: You emphasized that the funding has to be continuing.

Mr. Davis: Do not lose sight of the federal role that does not cost any money at all — the moral leadership, and getting out there with more solutions and a less adversarial approach. This is where I believe they could be helpful in primary care reform, by getting the three or four key issues on the table in a positive and constructive way to help provinces move forward rather than limiting them.

The current Minister of Health can help play that role. It is important to speak to Canadians with a single voice to indicate that we need to move forward. Positive groundwork could be laid for the electronic health record, which will be controversial at some point. Our political leadership needs to tell people not to be afraid of this. There are issues, but we will work through them. The overall benefit of this will be huge, so let us embrace it and move forward.

Dr. Vertesi: I agree with Mr. Davis's comments, especially about the electronic health record.

I would like to emphasize a few points. Just as important as what the federal government should do is what it should not do.

I want to raise an image of something as important as primary care reform. I agree with Dr. Kenny on how important it is, and I want you to think about how it feels to have your mother-in-law tell you how to do things, as well meaning as she is. It does not work. There are some things, such as primary health care reform, that have to be done by the providers, because the detail is incredibly important. The federal government cannot complete this and cannot look after the detail.

We need to allow some variation from province to province to permit them to try different processes that fit their local needs, and so they can try things with which they are not familiar to find out if they work. The federal government, as well meaning as it is, can disrupt that process.

I am surprised that no one touched on the Canada Health Act, which of course is the main source of federal intervention in health care.

recommander le versement de financement fédéral ciblé, vous devrez déterminer comment une telle formule pourra mener à une transformation durable. Sinon, le jeu n'en vaut pas la chandelle. Le financement doit être total, car l'obtention de subventions fédérales qui supposent une contrepartie ne sont acceptables que lorsqu'on se trouve à Vancouver ou à Toronto. Cependant, lorsqu'on est à Halifax, il est inutile d'avoir 500 000 \$ de subventions si on est incapable d'obtenir l'autre demi-million de dollars. C'est si démoralisant. Il doit s'agit de financement initial ciblé. Vous devez vous assurer d'obtenir des résultats visibles. Votre initiative doit tenir compte de l'importance cruciale de la réforme des soins primaires.

Le président: Vous insistez sur le fait que le financement doit être permanent.

M. Davis: Ne perdez pas de vue le fait que le rôle du gouvernement fédéral ne coûte absolument rien: assurer un leadership moral, tenter de proposer davantage de solutions et adopter une attitude moins antagoniste. C'est, selon moi, à cet égard que le gouvernement fédéral pourrait contribuer à la réforme des soins primaires, c'est-à-dire en présentant les trois ou quatre enjeux clés d'une façon positive et constructive, de façon à aider les provinces à aller de l'avant au lieu de les limiter.

Le ministre de la Santé actuel peut jouer ce rôle. Il est important de tenir le même langage auprès des Canadiens, pour montrer que nous devons aller de l'avant. On pourrait jeter des bases positives à l'égard du dossier médical électronique, qui, à une certaine étape, sera controversé. Nos dirigeants politiques doivent dire aux gens de ne pas avoir peur. Il y a des problèmes, mais nous allons les résoudre. Cette initiative procurera d'énormes avantages globaux, et c'est pourquoi nous devons saisir l'occasion et aller de l'avant.

Le Dr Vertesi: Je suis d'accord avec M. Davis, surtout en ce qui concerne le dossier médical électronique.

J'aimerais insister sur quelques points. Même s'il est important pour le gouvernement fédéral de savoir ce qu'il devrait faire, il est tout aussi important qu'il sache ce qu'il ne doit pas faire.

Voici une image qui vous permettra de mettre en contexte l'importance de la réforme des soins primaires. Je suis d'accord avec la Dre Kenny lorsqu'elle insiste sur l'importance de cette réforme, et je vous invite à vous demander comment vous vous sentiriez si votre belle-mère vous disait comment faire les choses, même avec les meilleures intentions. Cela ne fonctionne pas. Il y a des choses, comme la réforme des soins de santé primaires, qui doivent être effectuées par les fournisseurs, car le souci du détail est incroyablement important. Le gouvernement fédéral ne peut y parvenir et ne peut se pencher sur les détails.

Nous devons fournir aux provinces suffisamment de souplesse pour leur permettre d'adopter les processus qui répondent le mieux à leurs besoins locaux et mettre à l'essai certaines choses qu'elles ne connaissent pas bien. Le gouvernement fédéral, malgré toutes ses bonnes intentions, peut miner cette souplesse.

Je m'étonne que personne ne parle de la Loi canadienne sur la santé, qui est, bien sûr, la principale source d'intervention fédérale dans le domaine des soins de santé. It has been talked about a lot in the press. I do not sit at the ministerial table, but what I hear is that the federal government is inhibiting certain needed flexibilities. I hear of provincial governments not wanting to break the law, but who are willing to play right on the edge of the fence.

One role of the federal government is not to get in the way. If the Canada Health Act gets in the way, we need to do something about that. The main purpose of the Canada Health Act was to ensure access. That is fine; I am all for that. The question is, does it still ensure access? In the days when it was written, the inability to pay for services was considered a surrogate for lack of access, and it was used that way. Is that still the case? I suggest it is not, or at least it is only a small part of it.

If the Canada Health Act wants to ensure access, it should refer to that and measure it.

Senator Keon: I talked about low-hanging fruit, and I am happy to see there is universal agreement that an electronic record is a top priority and that the federal government should pay to get it done.

The other point I raised is more important. I do not want you to leave without addressing this again. That is, the new generation of health professionals. I suspect there will be strong support for another infusion of cash into the 16 medical schools to deal with medical manpower. However, I think that doing that in isolation would be a mistake. If we do not look at a new generation of manpower and simply infuse cash into the medical and nursing schools, it will stop there. I believe we need more than that now.

The hour is late, but I did not want that to fall off the table.

Mr. Davis: My only comment is the one I raised earlier, that all of these strategic manpower plans by governments generally fail because the time frames are too far out and the complexity of the issue is not fully appreciated before the plan is put in place. This does need to be thought through carefully. The whole labour market mobility issue is a big part of this. We have done little to restrict market mobility in the health professions area, and many people advocate that, but if we start doing it, what will be the implications?

We need to look at restrictions on mobility, the mix of professionals and who can do what where. That might be the kind of thing that an expert panel should look at to provide guidance to all governments. I think we can build the electronic health record. I am not sure you can solve that problem at the federal level.

Les médias en ont beaucoup parlé. Je ne suis pas assis à la table ministérielle, mais j'entends dire que le gouvernement fédéral inhibe cette souplesse dont ont besoin les provinces. J'entends parler de gouvernements provinciaux qui ne veulent pas enfreindre la loi, mais qui sont prêts à en tester les limites.

L'un des rôles du gouvernement fédéral consiste à ne pas gêner le travail des provinces. Si c'est ce que fait la Loi canadienne sur la santé, nous devons corriger la situation. L'objectif principal de la Loi canadienne sur la santé était d'assurer l'accès aux soins. C'est un objectif que j'appuie tout à fait. Toutefois, est-ce que la loi atteint encore son objectif? À l'époque où on l'a rédigée, l'incapacité de payer les services était considérée comme un substitut pour l'absence d'accès, et on l'utilisait comme telle. Est-ce toujours le cas? J'avancerais que non, ou, du moins, qu'il s'agit uniquement de cas isolés.

Si la Loi canadienne sur la santé veut garantir l'accès, elle devrait faire référence à cette réalité et la mesurer.

Le sénateur Keon: J'ai parlé des solutions de facilité, et je suis heureux de voir que tout le monde s'entend sur le fait que la création d'un dossier médical électronique est une priorité et que le gouvernement fédéral devrait en assumer le coût.

L'autre point que j'ai soulevé est plus important. Je ne veux pas que vous quittiez cette séance sans revoir la question de la relève, de la nouvelle génération de professionnels de la santé. J'ai l'impression que l'on appuiera fortement l'idée d'injecter des fonds supplémentaires dans les 16 écoles de médecine pour assurer une relève médicale. Toutefois, je crois qu'il serait erroné de se contenter de cette mesure. Si on se contente d'investir dans les écoles de médecine et de sciences infirmières sans nous demander ce que nous attendons de cette nouvelle génération, l'initiative sera limitée. Je crois que nous devons faire plus que cela maintenant.

Il se fait tard, mais je ne voulais pas que cette question soit occultée.

M. Davis: Mon seul commentaire est celui que j'ai déjà soulevé, c'est-à-dire que tous ces plans stratégiques de main-d'œuvre des gouvernements mènent généralement à l'échec, car les périodes de référence sont trop longues, et toute la complexité de l'enjeu ne peut être appréciée pleinement avant que le plan ne soit établi. La question doit effectivement faire l'objet d'une réflexion approfondie. La mobilité de la main-d'œuvre est un aspect important de cette question. Nous avons fait bien peu de choses pour limiter la mobilité de la main-d'œuvre dans le domaine des soins de santé — et de nombreuses personnes demandent qu'on le fasse —, mais quelle serait l'incidence de telles mesures?

Nous devons nous pencher sur la restriction de la mobilité, la composition de la main-d'œuvre professionnelle et la reconnaissance professionnelle. C'est peut-être le genre de question qu'un groupe d'experts devrait examiner en vue d'orienter tous les gouvernements. Je crois que nous pouvons bâtir le dossier médical électronique. Je ne suis pas certain qu'on puisse résoudre ce problème à l'échelon fédéral.

Senator Keon: Do you think it would be worth proceeding with an infusion of funds into medical schools without a manpower plan?

Mr. Davis: Only if it was on a limited basis. We know enough about demographics, the aging population of physicians and some of the issues around specialists, such that we could inject some cash with very little risk. A major infusion with the expectation of solving the future physician supply issue would be a mistake. That must be thought through more carefully.

Senator Morin: Three years ago, Minister Rock offered complete federal funding for home care programs. The provinces turned this down. Instead, they got \$23 billion two years ago. This money disappeared into a black hole, there were strikes all over the country and we have nothing to show for it. If the provinces had accepted this, we would have a home care program coast to coast.

With respect to pharmacare, drug funding by provinces is unequal. There is no "catastrophic" drug plan in the Atlantic region. Should the federal government get involved in these programs?

Mr. Lozon: No, I do not think they should.

Senator Morin: Despite the fact that the Canadian population east of Quebec is not covered by a catastrophic drug plan?

Mr. Lozon: The difficulty is that it has set the stage for further wrangling about "You are not delivering what we told you to deliver." It is not the way to go.

Mr. Forget: I agree with that. Creating more envelopes for specific purposes in the overall context of delivering continuous care does not really make sense. It opens the door to all kinds of game playing. Even within Quebec's borders, that is now happening in the drug program. Some hospitals that are pressed for funds have found a way to invite some of their in-patients to get their drugs through the program.

The Chairman: They are using your outpatient drug plan to augment hospital funds?

Mr. Forget: That margin is essentially permeable. If you release a patient earlier, what happens to their drug coverage? Do they fall under the federal or the provincial program? It introduces another level of complication and another source of disagreement. Funding health care by targeting specific inputs is one way to minimize the ability of the system to manage itself intelligently. That is not the way to proceed.

Le sénateur Keon: Croyez-vous qu'il serait valable d'injecter des fonds dans les écoles de médecine sans établir un plan de main-d'œuvre?

M. Davis: Seulement s'il s'agit d'un investissement limité. Nous possédons suffisamment d'informations sur les tendances démographiques, le vieillissement des médecins et certains des enjeux liés aux spécialistes pour investir de l'argent avec un risque très limité. Il serait erroné d'investir de fortes sommes et de s'attendre à résoudre la question de la relève des médecins. Il faut y réfléchir de façon plus approfondie.

Le sénateur Morin: Il y a trois ans, le ministre Rock offrait un financement fédéral complet pour la création de programmes de soins à domicile. Au lieu d'accepter cette offre, les provinces ont touché 23 milliards de dollars il y a deux ans. L'argent a disparu, il y a eu des grèves partout au pays, et on ne constate aucun progrès. Si les provinces avaient accepté l'offre, nous serions dotés d'un programme national de soins à domicile.

Pour ce qui est de l'assurance-médicaments, le financement de l'achat de médicaments par les provinces est inégal. Il n'y a pas de régime d'assurance-médicaments «catastrophique» dans la région de l'Atlantique. Le gouvernement fédéral devrait-il intervenir à l'égard de ces programmes?

M. Lozon: Non, je ne crois pas qu'il devrait intervenir.

Le sénateur Morin: Malgré le fait que la population canadienne à l'est du Québec n'est pas aux prises avec un régime d'assurance-médicaments catastrophique?

M. Lozon: Le problème, c'est que cela a ouvert la voie à d'autres disputes, du genre «Vous n'offrez pas ce que nous vous avions dit d'offrir». Ce n'est pas la façon de procéder.

M. Forget: Je suis d'accord avec vous. Il n'est pas vraiment sensé de créer des enveloppes budgétaires supplémentaires à des fins spécifiques dans le contexte global de la fourniture de soins continus. Cela ouvre la porte à une foule de subterfuges. Au Québec, on constate même que le régime d'assurance-médicaments se fait jouer de l'intérieur. Certains hôpitaux, à court de fonds, ont trouvé un moyen d'inviter certains de leurs patients hospitalisés à obtenir leurs médicaments par l'entremise du régime.

Le président: Ils utilisent votre régime d'assurancemédicaments destiné aux malades non hospitalisés pour accroître leur financement?

M. Forget: La zone grise est assez large. Si un patient reçoit son congé de l'hôpital plus rapidement, de qui relève l'achat de médicaments? Du régime fédéral ou du régime provincial? Cela complique les choses davantage et ajoute au désagrément. Le financement des soins de santé au moyen d'investissements spécifiquement ciblés est un moyen de réduire au minimum la capacité du système de se gérer lui-même intelligemment. Ce n'est pas la bonne façon de faire.

Indeed, there are people who are not covered. I am sure the Atlantic provinces would like to provide adequate drug coverage if they had the wherewithal. The problem is not that they are oblivious to the need; they just cannot afford it.

It would also make sense to include home care because it is an extension of hospital care. Creating separate envelopes is a sure path to hell.

Please, let us not multiply these things. They are contrary to sane management.

To develop electronic health records is a self-contained, separate thing. Your committee has to consider that there are basically two ways to go. Self-contained programs such as this, or research, are valuable and precious. That means, and maybe this sounds strange coming from someone from Quebec, because that has not been the traditional line, the federal government is opting out of the main game in the health sector, and at the present time, judging from the comments I heard today, it is probably already too late to be in that main game.

There has been a lot of brave talk about changing the system and evolution and transformation, but if the federal government confines itself to self-contained, separate programs and says the rest is too complicated, I predict that the federal role, except for these isolated programs, will simply disappear in time. The funds or the tax points will be transferred and there will be no federal role. I think your committee should consider this.

Mr. Davis: First, I would say the \$23 billion probably prevented a number of health care systems in various provinces from lapsing into total chaos. I think there was some value for that money.

I would like to end on a high note and get on better terms with my colleague from Nova Scotia, for whom I have a deep respect. Maybe because I come from a regionalized health system, I think the benefits of providing care in the community so outweigh the benefits of putting impediments to that care in place that we need to look at some way of funding pharmacare and home care that is more equitable across the country. Whether that is an insurance-based system or not, I do not know.

I would be nervous about proceeding with that prior to having the electronic health record in place. There is a huge potential abuse problem.

Senator Robertson: I want to come back to Dr. Vertesi's comment about the Canada Health Act. I assume you are looking at the principles. Where do you see in the Canada Health Act the restrictions on allowing the provinces to develop their systems properly? Perhaps I am wrongly reading into your original comment that you feel there is something restrictive in the

De fait, certaines personnes ne sont pas protégées. Je suis certain que les provinces de l'Atlantique aimeraient offrir une assurance-médicaments convenable s'ils en avaient les moyens. Le problème, ce n'est pas qu'elles ignorent l'existence du besoin, c'est qu'elles n'ont pas les moyens d'y répondre.

De plus, il serait logique d'ajouter les soins à domicile au régime, car c'est un prolongement des soins hospitaliers. La création d'enveloppes budgétaires distinctes mènera directement au désastre.

Il ne faut surtout pas multiplier les enveloppes, car cela va à l'encontre d'une saine gestion.

La conception d'un dossier médical électronique est une initiative autonome, distincte. Votre comité doit tenir compte du fait qu'il y a essentiellement deux façons de procéder. Les programmes autonomes, comme celui-ci, ou la recherche, sont précieux. Cela signifie, et vous serez peut-être étonné de l'entendre d'un Québécois, car cette notion ne reflète pas la position classique, que le gouvernement fédéral s'abstient de se mêler du principal enjeu dans le secteur de la santé, et qu'à l'heure actuelle, d'après les commentaires que j'ai entendus aujourd'hui, il est probablement déjà trop tard pour le faire.

J'ai entendu beaucoup de paroles courageuses sur le besoin de changer le système et d'en assurer l'évolution et la transformation, mais si le gouvernement fédéral se contente de lancer des programmes autonomes distincts, en faisant valoir que les autres types d'initiatives sont trop compliqués, je prédis que le rôle du gouvernement fédéral, sauf à l'égard de ces programmes isolés, s'estompera tout simplement avec le temps. Les fonds ou les points d'impôt seront transférés, et le gouvernement fédéral ne jouera aucun rôle. Je crois que votre comité devrait examiner cette possibilité.

M. Davis: Premièrement, je dirais que les 23 milliards de dollars ont probablement évité à un certain nombre de systèmes provinciaux de soins de santé de sombrer dans un chaos total. Je ne crois pas que cet argent n'ait rien apporté.

Ensuite, j'aimerais terminer sur une note positive et réitérer le profond respect que j'ai pour mon collègue de la Nouvelle-Écosse. C'est peut-être parce que j'évolue dans un système de soins de santé régionalisé, mais je crois que les avantages de la fourniture de soins dans la collectivité sont tellement plus importants que les avantages de créer des obstacles à ces soins que nous devons trouver un moyen de financer l'assurance-médicaments et les soins à domicile afin qu'ils soient plus équitables, partout au pays. Je suis incapable de dire si un régime d'assurance est une solution idéale.

Quoi qu'il en soit, je serais nerveux si on lançait une telle initiative avant d'avoir mis sur pied le dossier médical électronique. Le potentiel d'abus serait énorme.

Le sénateur Robertson: J'aimerais revenir au commentaire du Dr Vertesi concernant la Loi canadienne sur la santé. Je suppose que vous envisagez les principes. Où voyez-vous des dispositions qui empêchent les provinces de développer convenablement leur système? J'ai peut-être mal compris votre commentaire selon lequel il y a un élément restrictif dans l'exécution de la loi.

administration of the act. When you look at the 20 principles that we have suggested here, can you pick out anything that you feel might be restrictive and limit the ability to act?

Dr. Vertesi: The restrictive elements in the Canada Health Act relate to the funding methods. Provincial governments are duly elected and responsible to their own electorates. Yet there is an element in the Canada Health Act that does not allow that. It treats them as if they were children. There are certain rules and you are not allowed to play outside those rules. Even if the public in that province is all for it, if the name of the game is access—and I believe that is what the federal government is trying to do and am in support of it—there is no measurement of that.

For instance, a province that levels a user fee, for example, on some services could be penalized, whereas a province that says "No user fee, but you have to wait a year and a half" — and that is the reality — pays no penalty. It encourages the provinces to deny care rather than looking for ways to improve access. There is no scorecard on access for the provinces at all.

It allows this huge hole in terms of access to open up, which is exactly what has happened in Canada.

The Canada Health Act has not in fact ensured access to Canadians. A woman called me last week in my office to complain that she had been waiting a year and a half for her disc surgery and how much longer did she have to wait. I looked at the waiting list and she had not moved. She was still number 86. I had to tell her the reason she was not moving up was that she was not sick enough yet. She said, "I cannot work and I am in pain. Does that not mean I have a right to surgery?" Actually, no, it does not mean, in British Columbia, that you have a right to surgery. You have to get sicker; you have to have nerve loss; you have to have damage that is irreparable and incurs some sort of legal liability.

I do not think that is right. I do not think that is what the Canada Health Act was intended to do. She cannot go to the States. We have talked about people having options. We do not have a private insurance system here. That is wrong. She cannot go to the States, because there she would bear the entire cost and she cannot afford that. She would gladly pay a small amount so that she does not have to wait a year and a half. She could wait three months, for example, but that is not allowed.

Insurance systems take time to develop. They cannot be built overnight. If we have no private insurance at all and a public system drifting in this direction and the public needs going in that direction, we have a huge, unfilled gulf in the middle, and we do not allow insurance companies to fill that void.

If the public system collapses, as some people predict, there is no bridge. People will fall into the chasm. If there were a private insurance system, there would at least be some support in the Lorsque vous examinez les 20 principes que nous avons proposés, pouvez-vous cerner des éléments qui pourraient restreindre et limiter la capacité d'agir?

Le Dr Vertesi: Les éléments restrictifs de la Loi canadienne sur la santé sont liés aux méthodes de financement. Les gouvernements provinciaux sont élus en bonne et due forme et sont responsables devant leur électorat. Or, un élément de la Loi canadienne sur la santé ne reconnaît pas cela. Elle traite les provinces comme des enfants. Il y a certaines règles, et il est interdit d'y passer outre. Même si la population d'une province donnée est en faveur, si l'objectif de la loi est l'accès — et je crois que c'est ce que le gouvernement fédéral tente de faire, et je l'appuie dans sa démarche — rien ne permet de mesurer la réalisation de cet objectif.

Une province qui, par exemple, applique un ticket modérateur à certains services pourrait être pénalisée, alors qu'une province qui n'applique aucun frais d'utilisation, mais impose un délai d'attente d'un an et demi — et ça, c'est la réalité — ne sera pas sanctionnée. La loi encourage les provinces à limiter l'accès aux soins au lieu de chercher des moyens d'améliorer l'accès. On ne procède à aucune évaluation de l'accès dans les provinces.

Cela favorise la création d'un grand trou noir au chapitre de l'accès, et c'est exactement ce qui s'est produit au Canada.

De fait, la Loi canadienne sur la santé n'a pas assuré l'accès aux Canadiens. La semaine dernière, une dame m'a téléphoné pour se plaindre du fait qu'elle attend une intervention chirurgicale pour une vertèbre depuis un an, et pour savoir combien de temps il lui restait à attendre. J'ai consulté la liste d'attente, et son nom n'avait pas bougé. Elle était toujours 86e sur la liste. J'ai dû lui dire que son dossier n'avançait pas parce qu'elle n'était pas encore assez malade. Elle m'a répondu: «Je souffre et je suis incapable de travailler. Est-ce que cela ne me donne pas droit à la chirurgie?» En réalité, non, cela ne vous donne pas, en Colombie-Britannique, droit à la chirurgie. Il faut être plus malade encore; il faut que les nerfs soient atteints; il faut qu'il y ait des dommages irréparables qui créent une sorte de responsabilité juridique.

Je crois que c'est inacceptable. Je ne crois pas que cela reflète l'intention de la Loi canadienne sur la santé. Cette femme ne peut aller aux États-Unis. Nous avons parlé des options qui s'offrent aux gens. Nous ne sommes pas dotés d'un régime d'assurance privé ici. C'est une erreur. Elle ne peut se rendre aux États-Unis, car elle paierait le coût total de l'intervention, et elle n'en a pas les moyens. Elle serait heureuse de verser un petit montant pour ne pas avoir à attendre un an et demi. Elle pourrait attendre trois mois, par exemple, mais cela n'est pas permis.

Il faut mettre du temps pour établir un régime d'assurance. Cela ne se fait pas du jour au lendemain. Si nous n'avons aucune forme d'assurance privée et que le système public est à la dérive et que le public a besoin de soins, on se retrouve avec un énorme trou, et on ne permet pas aux compagnies d'assurance de le combler.

Si le système public s'effondre, comme certains le prédisent, il n'y a pas de pont. Les gens tomberont dans le gouffre. Si on permettait les régimes d'assurance privée, au moins y aurait-il un middle. It is not an option for everyone to go to the States. The United States is incredibly expensive because Canadians cannot use their insurance system. They must pay the full cost. Even wealthy Canadians, if they had to pay the entire cost of their care, would pay a lot. I do not think they can do it.

The Canada Health Act does not allow insurance because it does not permit any other form of payment mechanisms to be explored or even experimented with.

The provinces want to be able to play with some of these other methods of funding, up to the point that their own electorates will allow.

Senator Robertson: On the same issue, Mr. Lozon, you said there was too much in the report, and that we should focus more and look at the main priorities. Would you like to comment further on that?

Mr. Lozon: I think 20 principles, none of which I can disagree with, are too many for any implementing government to swallow. I would encourage the committee to focus in its deliberations on some of the areas that you think are of the highest priority.

There are several ways of doing that. One is to consider what would be the most fruitful way to spend our federal resources. If you proceed from that perspective, I would go with exactly what Jack Davis is suggesting: funding an electronic health record. Perhaps, as Dr. Keon said, money could be put into academic health science centres, which are national resources.

Clearly, another way of proceeding would be to have a seminal discussion about a new or renewed direction. We spent an hour this afternoon talking about the pros and cons of a parallel system. If you wanted to proceed with the most controversial subject, you would come to a conclusion on that. You would say yes, with the following provisos and conditions, it makes sense; or no, we reject it for the following reasons. There are several ways to proceed.

I would have to leave it to the committee to decide whether it wants to start with what is the most useful role for the federal government, or what is most on the minds of practitioners and Canadians in terms of the future shape of our system, and then proceed from that perspective.

Senator LeBreton: Dr. Kenny and Dr. Vertesi have already commented on our recommendation 18 and the issue of primary care

I would like to throw out the possibility, with regard to the federal role, of incentives for the provinces for phased-in primary care. You talked about a new class of disadvantaged people. We heard public testimony about "orphan patients." There is clearly

peu de soutien pour la classe moyenne. Ce ne sont pas tous les citoyens qui peuvent se permettre d'aller aux États-Unis. Les soins aux États-Unis sont incroyablement coûteux, car les Canadiens ne peuvent se fier à leur régime d'assurance. Ils doivent payer le plein prix. Même les Canadiens aisés, s'ils devaient assumer le coût entier des soins qu'ils reçoivent, paieraient beaucoup d'argent. Je ne crois pas qu'ils en soient capables.

La Loi canadienne sur la santé ne permet pas la souscription d'assurance, car elle ne permet ni d'envisager ni de mettre à l'essai d'autres mécanismes de paiement.

Les provinces veulent avoir la possibilité de recourir à ces autres modes de financement, selon les limites établies par leur électorat.

Le sénateur Robertson: Au sujet de la même question, monsieur Lozon, vous avez déclaré que trop de questions étaient abordées dans le rapport, et que nous devrions cibler davantage notre étude et nous pencher sur les grandes priorités. Pouvez-vous nous fournir des précisions sur cette question?

M. Lozon: Je crois que 20 principes, même si je ne suis pas en désaccord avec aucun d'eux, c'est une trop grosse bouchée à avaler pour tout gouvernement. J'inviterais le comité à axer ses délibérations sur les questions qu'il estime prioritaires.

Il y a plusieurs façons d'y parvenir. La première, c'est de se demander quel est le meilleur moyen de dépenser nos ressources fédérales à bon escient. Si cette méthode était adoptée, je privilégierais exactement ce que Jack Davis a suggéré: financer la création d'un dossier médical électronique. Comme l'a dit le Dr Keon, on pourrait peut-être investir l'argent dans les centres médico-hospitaliers universitaires, qui sont des ressources nationales.

Il est clair qu'on pourrait aussi tenir une discussion préliminaire au sujet d'une nouvelle orientation ou d'un renouvellement de notre orientation. Cet après-midi, nous avons consacré une heure à parler des avantages et des désavantages d'un système parallèle. Si vous cherchiez à parler du sujet le plus controversé, vous arriveriez à tirer une conclusion sur ce sujet. Vous diriez que la proposition est sensée, sous réserve de certaines conditions, ou qu'elle est inacceptable, pour telle ou telle raison. Il y a plusieurs façons de procéder.

Je crois qu'il incombe au comité de déterminer s'il veut commencer par décrire le rôle le plus utile que pourrait jouer le gouvernement fédéral, ou par les aspects qui importent le plus aux praticiens et aux Canadiens en ce qui concerne l'avenir de notre système, et de poursuivre ses travaux en fonction de l'orientation choisie.

Le sénateur LeBreton: Les Drs Kenny et Vertesi ont déjà présenté leurs commentaires en ce qui concerne la 18e recommandation et la question des soins primaires.

Sur la question du rôle du gouvernement fédéral, j'aimerais évoquer la possibilité d'offrir des incitatifs pour encourager les provinces à restructurer graduellement les soins primaires. Vous avez parlé d'une nouvelle catégorie de personnes désavantagées. a need for some primary care structure.

I heard what you said about the provincial versus the federal role in this area. Certainly the public — the people we talked to as we went around the country — feels primary care reform is important. I do not think they will understand if we do not come up with a reasonable solution and simply say it is too much of a fight between the feds and the provinces. I think that at another time, we should deal with primary care reform and what role the federal government can play in this very important area in a lot more detail.

The Chairman: On behalf of the committee, I would like to thank all of you. I know you came from one end of the country to the other. We really appreciate it. If you have any further thoughts as we go through this process, drop us a line. I suspect most of you will hear from me one way or another anyway.

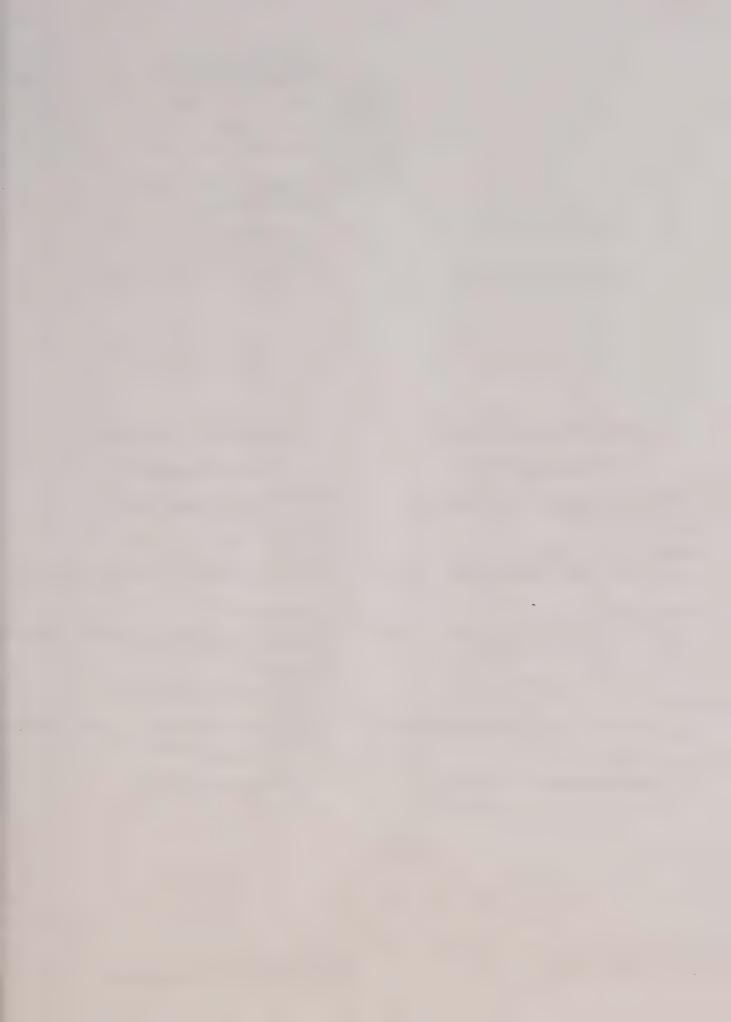
The committee adjourned.

Nous avons entendu des témoignages publics au sujet de «patients orphelins». Le besoin de structurer davantage les soins primaires est manifeste.

J'ai entendu votre comparaison des rôles provinciaux et fédéraux dans ce domaine. Il est certain que le public — les gens que nous avons rencontrés partout au pays — accordent beaucoup d'importance à la réforme des soins primaires. Je ne crois pas qu'ils comprendront si nous n'arrivons pas à proposer une solution raisonnable et si nous nous contentons de dire qu'il y a trop de tiraillements entre le gouvernement fédéral et les provinces. Je crois qu'à l'occasion d'une autre séance, nous pourrions examiner la question de la réforme des soins primaires et tenter d'établir de façon beaucoup plus détaillée quel rôle le gouvernement fédéral peut jouer à l'égard de cette question très importante.

Le président: Au nom du comité, je tiens à vous remercier tous. Je sais que vous provenez des quatre coins du pays, et nous vous remercions de vous être déplacés. Nous vous invitons à nous faire part de toute idée supplémentaire qui pourrait nous être utile. Je soupçonne que la plupart d'entre vous aurez de mes nouvelles d'une manière ou d'une autre.

La séance est levée.





If undelivered, return COVER ONLY to: Communication Canada – Publishing Ottawa, Ontario K1A 0S9

En cas de non-livraison, retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à: Communication Canada – Édition Ottawa (Ontario) K1A 0S9

WITNESSES

ROUND TABLE

From the Calgary Health Region:

Mr. Jack Davis, CEO.

As an individual:

Mr. Claude Forget, Former Minister of Health, Province of Quebec.

From Dalhousie University:

Dr. Nuala Kenny, Professor of Pediatrics and Chair, Department of Bioethics.

From St. Michael's Hospital:

Mr. Jeffrey Lozon, President and CEO.

As an individual:

Mr. Graham Scott, Former Deputy Minister of Health, Province of Ontario.

From the Royal Columbian Hospital:

Dr. Les Vertesi, Medical Director.

TÉMOINS

TABLE RONDE

De la Calgary Health Region:

M. Jack Davis, président-directeur général.

À titre personnel:

M. Claude Forget, ex-ministre de la Santé, province de Québec.

De l'Université Dalhousie:

La Dre Nuala Kenny, professeur de pédiatrie; présidente, Département de bioéthique.

De l'hôpital St. Michael's:

M. Jeffrey Lozon, président-directeur général.

À titre personnel:

M. Graham Scott, ex-sous-ministre de la Santé, province de l'Ontario.

De l'hôpital Royal Columbian:

Le Dr Les Vertesi, directeur médical.

Available from:

Communication Canada - Canadian Government Publishing

Ottawa, Ontario K1A 0S9

Also available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

En vente:

Communication Canada - Édition

Ottawa (Ontario) K1A 0S9

Aussi disponible sur internet: http://www.parl.gc.ca





First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

Première session de la trente-septième législature, 2001-2002

SENATE OF CANADA

Proceedings of the Standing Senate Committee on

Social Affairs, Science and Technology

Chair: The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, May 8, 2002

Issue No. 54

Fifty-first meeting on:

The state of the health care system in Canada

WITNESS: (See back cover)

SÉNAT DU CANADA

Délibérations du Comité sénatorial permanent des

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 8 mai 2002

Fascicule nº 54

Cinquante et unième réunion concernant:

L'état du système de soins de santé au Canada



TÉMOIN: (Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, Chair
The Honourable Marjory LeBreton, Deputy Chair
and

The Honourable Senators:

Callbeck

* Carstairs, P.C.
(or Robichaud, P.C.)
Cook
Cordy
Di Nino
Fairbairn, P.C.

Keon

* Lynch-Staunton
(or Kinsella)
Morin
Pépin
Robertson
Roche

* Ex Officio Members

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton
et

Les honorables sénateurs:

Callbeck

* Carstairs, c.p.
(ou Robichaud, c.p.)
Cook
Cordy
Di Nino
Fairbairn, c.p.

Keon

* Lynch-Staunton
(ou Kinsella)
Morin
Pépin
Robertson
Roche

* Membres d'office

(Quorum 4)

Published by the Senate of Canada

Publié par le Sénat du Canada

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, May 8, 2002 (65)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in room 705, Victoria Building, at 3:40 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Fairbairn, P.C., Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin, Robertson and Roche (10).

Other senator present: The Honourable Senator Murray, P.C. (1).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Howard Chodos and Odette Madore.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the Committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (For complete text of Order of Reference see proceedings of the Committee, Issue No. 2.)

WITNESS:

As an individual:

The Honourable Monique Bégin, P.C.

The Chairman made a statement.

Mrs. Bégin made a statement and answered questions.

At 5:35 p.m. the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 8 mai 2002 (65)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 40 dans la salle 705 de l'édifice Victoria sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (président).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin, Robertson et Roche (10).

Autre sénateur présent: L'honorable sénateur Murray, c.p. (1).

Sont présents: De la Direction de la recherche, Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos et Odette Madore.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit l'examen de l'étude spéciale sur l'état du système de soins de santé du Canada. (Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 2 du comité.)

TÉMOIN:

À titre individuel:

L'honorable Monique Bégin, c.p.

Le président fait une déclaration.

Mme Bégin fait une déclaration et répond aux questions.

À 17 h 35, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 8, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 3:40 p.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Michael Kirby (Chairman) in the Chair.

[English]

The Chairman: Senators, I see a quorum. We are delighted to have back with us today the Honourable Monique Bégin, the former Minister of National Health and Welfare. As many of you know, since leaving public life, Mme Bégin has gone on to be an academic health administrator and a professor in the school of health administration at the University of Ottawa.

We are delighted to have you with us again, Mme Bégin. It is great to hear from you and hear your views on the issues you wrestled with for the best part of a decade.

The Honourable Monique Bégin, P.C.: Mr. Chairman, I need guidance because I prepared a short brief as requested. This morning, I was bold enough to send a short addendum to my brief, which I believe all senators have. I distributed at the end of February a text of a public conference that also gives my position on the Canada Health Act.

Do you want me to read what I have sent you, Mr. Chairman, or can it be taken as read?

The Chairman: It can be taken as read. To begin the debate, it would be useful if you hit the highlights and the issues on which we can then get into a detailed discussion with you.

Ms Bégin: Thank you. I will make the point that not knowing exactly what is meant by reforms the way your committee understands it — we must clarify words — the Canada Health Act can accommodate many reforms of the health care system. This is the case certainly as the five basic principles are concerned, although some regulations have to be written — to my knowledge, they may not have been written — and reviewed and updated. Perhaps the five conditions can be kept, but their definition in the act might need to be revised.

I think the time is right for modernizing, shall we say, or updating the Canada Health Act. I believe that the other expression, which somewhere in the legislation that defines medicare by hospitals and doctors, should be changed and enlarged to capture the modern way of giving health care.

This being said, two conditions, in my opinion, should be worked on. First is the condition of comprehensiveness, which is defined by what is medically necessary; the words "medically necessary" call for the judgment of the treating physician. I have always supported that definition. However, we need to modify

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 8 mai 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 40 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (président) occupe le fauteuil.

[Traduction]

Le président: Honorables sénateurs, nous avons le quorum. Nous sommes heureux d'avoir parmi nous l'honorable Monique Bégin, l'ancienne ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. Comme un grand nombre d'entre vous le savent, depuis qu'elle a quitté la vie publique, Mme Bégin est devenue administratrice de services de santé en milieu universitaire et professeure à l'école d'administration des services de santé de l'Université d'Ottawa.

Nous sommes heureux de vous revoir parmi nous, madame Bégin. C'est fantastique d'avoir de vos nouvelles et de connaître votre point de vue sur les questions dont vous avez traité pendant bien près de dix ans.

L'honorable Monique Bégin, c.p.: Monsieur le président, j'ai besoin de votre aide car j'ai préparé un court mémoire, tel qu'on me l'avait demandé. Ce matin, j'ai eu l'audace d'envoyer un bref ajout à mon mémoire, que tous les sénateurs ont devant eux je crois. J'ai remis à la fin de février le texte d'une conférence publique qui fait également état de ma position concernant la Loi canadienne sur la santé.

Voulez-vous que je lise ce que je vous ai fait parvenir, monsieur le président, ou peut-on le considérer comme déjà lu?

Le président: On peut le considérer comme déjà lu. Pour amorcer le débat, il serait utile que vous nous donniez les points saillants ainsi que les questions qui seront abordées.

Mme Bégin: Merci. Je vais préciser que ne sachant pas exactement ce que votre comité entend par réformes — nous devons clarifier les mots — la Loi canadienne sur la santé peut accueillir de nombreuses réformes du système de soins de santé. C'est certainement le cas en ce qui concerne les cinq principes de base, quoique certains règlements doivent être rédigés — à ma connaissance, on ne les a peut-être pas encore rédigés — révisés et mis à jour. On pourrait peut-être garder les cinq conditions, mais leur définition dans la loi pourrait devoir être révisée.

Je pense que le moment est venu de moderniser ou de mettre à niveau la Loi canadienne sur la santé. Je pense que l'autre expression, qui en quelque part dans la mesure législative qui définit le régime d'assurance-maladie par les hôpitaux et médecins, devrait être modifiée et élargie de façon à inclure la façon moderne de fournir des soins de santé.

Ceci étant dit, deux conditions, à mon avis, devraient faire l'objet d'un examen. Il y a tout d'abord celle de l'intégralité, que l'on définit par ce qui est nécessaire au plan médical; les mots «nécessaire au plan médical» font appel au jugement du médecin traitant. J'ai toujours appuyé cette définition. Cependant, nous

that definition — if we can find a better way — by an approach that would make what is included under medicare based on evidence of what works and what does not.

Procedures and drugs are delisted or added to the list in a totally secretive manner in the 10 provinces — at times on phoney moralizing grounds — when the process should be transparent, on the one hand, and completely and only evidenced-based, on the other hand. That is to say, what works and what does not work.

The other condition is public administration, which you have very rightly pointed out is totally misunderstood by the vast majority of Canadians — public and experts included — as well as politicians. This needs some work. I mean that right now, the payer has to be a single payer government and each province has a medicare plan.

We decided not to change that at all in 1984 because we could not see that there would ever be a market in Canada — because of our numbers — for the private sector. Since provincial legislation always permitted doctors and patients to opt out entirely from the system, we saw no problem.

Times have changed. I think that the boundaries between private and public should be spelled out. I am not satisfied that I have seen anything to date suggesting an interesting new rule of the game, for there are no rules now. Hospital food, laundry and labs went private, however we do not know if they were more efficient because they have never been evaluated. One thing is certain: We intuitively know it was not an erosion of medicare.

When is it that the privatization of elements of the system becomes serious erosions or threats to a public universal system? I would like to see that articulated. To my knowledge, that has never been done.

With regard to sustainability, I may or may not differ in opinion with the committee. On home care and pharmacare, my opinion is that ideal medicare in Canada should include, of course, the spectrum from primary care outside of hospitals to chronic care, rehabilitation services, home care and pharmacare.

That is an ideal dream of what medicare should be. I have no particular intelligence on costs for home care and pharmacare. I know, however, that the private sector is already, because of the vacuum of government legislation, programs and funding, made of public and private for-profit as well as private not-for-profit components. Therefore, the rules of the game will have to be devised differently for medicare purposes.

devons la modifier — si nous pouvons trouver une meilleure façon — grâce à une approche qui ferait que ce qui est inclus dans la définition de régime d'assurance-maladie se fonde sur des preuves de ce qui fonctionne et ne fonctionne pas.

Les interventions et les médicaments sont rayés de la liste ou y sont ajoutés d'une façon totalement opaque dans les dix provinces — parfois sous de faux prétextes moralisateurs — alors que le processus devrait être transparent, d'une part, et complètement et uniquement fondé sur des preuves, d'autre part. Autrement dit, ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

L'autre condition est celle de l'administration publique qui, comme vous l'avez mentionné à juste titre, est totalement incomprise par la grande majorité des Canadiens et Canadiennes — grand public et spécialistes compris — ainsi que par les politiciens. Il faudra donc s'attarder sur cet aspect. Par là je veux dire que le payeur doit dès maintenant être un seul gouvernement payeur et que chaque province a un régime d'assurance-maladie.

Nous avons décidé de ne rien modifier à cela en 1984 car nous ne pouvions concevoir qu'il y aurait un marché au Canada — en raison du nombre peu élevé de notre population — pour le secteur privé. Étant donné que les lois provinciales ont toujours permis aux médecins et patients de se retirer entièrement du système, nous ne voyions aucun problème.

Les temps ont changé. Je crois que la ligne de démarcation entre le privé et le public devrait être précisée. Je ne suis pas convaincue d'avoir vu quoi que ce soit à ce jour qui présente une nouvelle règle du jeu intéressante, car il n'y a aucune règle en ce moment. Les services de restauration, de buanderie et de laboratoire dans les hôpitaux ont été privatisés. Cependant, nous ne savons pas s'ils sont plus efficaces car on ne les a jamais évalués. Une chose est certaine: nous savons intuitivement qu'il ne s'agissait pas d'une érosion du régime d'assurance-maladie.

À quel moment est-ce que la privatisation d'éléments du système devient une menace ou une érosion sérieuse du système universel public? J'aimerais que cette notion soit précisée. À ma connaissance, on ne l'a jamais fait.

Pour ce qui est de la durabilité, je peux être en accord ou en désaccord avec l'opinion du comité. Pour ce qui est du régime d'assurance-médicaments et des soins à domicile, j'estime que le régime d'assurance-maladie idéal au Canada devrait évidemment tout inclure, depuis les soins primaires à l'extérieur des hôpitaux jusqu'aux soins de longue durée, en passant par les services de réadaptation, les soins à domicile et le régime d'assurance-médicaments.

Voilà ce que devrait être le régime d'assurance-maladie idéal. Je ne dispose d'aucune donnée précise sur les coûts des soins à domicile et du régime d'assurance-médicaments. Cependant, je sais que le secteur privé comporte déjà, en raison du vide créé par la législation gouvernementale, les programmes et le financement, des composantes publiques et privées à but lucratif ainsi que des composantes privées sans but lucratif. Par conséquent, les règles du jeu devront être conçues de façon différente aux fins du régime d'assurance-maladie.

I do not know. I am simply acknowledging that we cannot treat home care and pharmacare with insurers the same way we treat the general medicare. In my addendum, I point out that there is some urgency for the federal government to establish with the provinces, in respect of the intent and requirements of the Canada Health Act, that all drugs and home care services that are direct substitutes to hospital care must be accessible free of charge to discharged patients.

I will address three points, after which I will stop.

Two major reforms are needed in the info-way system at the level of infrastructure. One is, we say in French, "l'informatisation complète du système." Reforms are needed in the integrated info-structure from electronic patient dossiers and health surveillance data analysis. Those changes are great urgency, and I am very interested in them.

One element has puzzled me for years. We know changes in the system are needed, but nothing is happening. We witnessed downsizing. Beds in hospitals were reduced and hospitals were closed. Except in isolated cases, we did not witness true reform.

I am interested in engineering change; I am also interested in engines of change. In addition to being an essential element in a modern health care system, the current info-structure is also a major possible engine of change. The outside world should force change on the system. I recognize that as a dimension for info-structure.

We are talking about billions of dollars. I do not know how many billions, Mr. Chairman. We lost an occasion, federally, to do that about five years ago. At a similar cost is the need to update the medical equipment in the country both for diagnostic and treatment purposes. That is also very important. It is also a priority for me.

However, the more urgent of the two is the integration of the info-structure in the system, which should permit an optimum utilization — better than today — of the medical equipment, even if it is not what it should be. Of course, the medical equipment must be changed also.

Human resources looks like an urgent brand new problem. I refer you to a 1991 Ontario Premier's Council on Health Strategy report in which this question was discussed. Today, people speak of the problem of human resources planning in health care only in terms of more nurses and more doctors. Another dimension of the question is the distribution and flexible arrangements of these human resources. That is the priority.

Je ne sais pas. Je ne fais que reconnaître que nous ne pouvons pas traiter le régime d'assurance-médicaments et les soins à domicile avec des assureurs de la même façon que nous traitons le régime général d'assurance-maladie. Dans l'ajout que je vous ai fait parvenir, je signale qu'il y a urgence et que le gouvernement fédéral doit établir avec les provinces, pour ce qui est de l'intention et des exigences de la Loi canadienne sur la santé, que tous les médicaments et les services de soins à domicile qui remplacent directement des soins en milieu hospitalier doivent être accessibles sans frais aux malades sortants.

Je vais aborder trois points, après quoi je m'arrêterai.

Deux grandes réformes sont nécessaires sur le plan de l'informatisation au niveau de l'infrastructure. La première est ce que nous appelons l'informatisation complète du système. Des réformes sont nécessaires dans la structure informatisée intégrée des dossiers électroniques des patients et de l'analyse des données de surveillance de santé. Il faut apporter ces changements de toute urgence, et c'est un aspect qui m'intéresse vivement.

Un élément me laisse perplexe depuis des années. Nous savons qu'il est nécessaire d'apporter des changements au système, mais rien ne se passe. Nous avons été témoins de la réduction des effectifs. On a réduit le nombre de lits dans les hôpitaux et on a fermé des hôpitaux. À part quelques cas isolés, nous n'avons pas assisté à une véritable réforme.

Je m'intéresse aux changements techniques; je m'intéresse également aux moteurs de changements. En plus d'être un élément essentiel d'un système de soins de santé moderne, l'actuelle structure informatique constitue aussi un grand moteur de changements possible. Le monde extérieur devrait obliger un changement au système. Je reconnais qu'il s'agit là d'une dimension de la structure informatique.

Nous parlons de milliards de dollars. Monsieur le président, je n'ai aucune idée du nombre de milliards de dollars. Au niveau fédéral, nous avons perdu l'occasion de le faire il y a environ cinq ans. Il en coûtera une somme semblable pour mettre à niveau le matériel médical au pays, tant pour les diagnostics que pour les traitements. C'est aussi très important. Et pour moi, c'est également une priorité.

Cependant, le plus urgent, c'est l'intégration de la structure informatique dans le système, qui devrait permettre une utilisation optimale — meilleure qu'aujourd'hui — du matériel médical, même si ce n'est pas ce qu'elle devrait être. Évidemment, il faut aussi changer le matériel médical.

Les ressources humaines ressemblent à un tout nouveau problème urgent. Je vous renvoie pour cela au rapport sur la stratégie en matière de santé du conseil du premier ministre de l'Ontario de 1991 dans lequel cette question a été abordée. Aujourd'hui, les gens parlent du problème de la planification des ressources humaines dans les soins de santé uniquement en disant qu'il faut plus d'infirmiers et infirmières et plus de médecins. Une autre dimension de cela est la question de la répartition et des arrangements souples concernant ces ressources humaines. C'est là la priorité.

In the last decade, I have referred to that as a new division of labour. To use an old concept of labour studies, there needs to be a redivision of labour among GPs, nurse practitioners and nurses of every level of competency. There may be room for more redivision of labour, but I am not a specialist with regard to the details.

Today's human resources in the health care system are wasted and badly used. Patients, family and friends see that. We should address that issue.

HRDC and Health Canada gave the Royal College of Physicians and Surgeons \$4.7 million over three years to study human resources. I sit on the policy committee of the Royal College, but I did not find the mandate of the study before coming here.

The problem with a redivision of labour is that we may not have a tool to do it. I do not know. We do not want to do that province-by-province because many parts of Canada lose their manpower to the next province. We have to do it nationally. I do not think that we have a proper tool. Perhaps that huge study by the Royal College could be the vehicle to do that.

Those are my points, Mr. Chairman. My major point is how can we engineer a change that is so obviously necessary but is not taking place in the system.

The Chairman: Before turning to Senator Pépin, I will ask you two questions. One is a follow-up to what you just said. I am trying to get a handle on the primary obstacles to change.

It is clear from all the hearings that we have had that the resistance to change is amazing even among very smart people. Is the resistance to change essentially a federal-provincial issue? Is it a primarily federal-provincial issue or primarily the attitudes of various groups of professionals who do not want to change scope of practice rules or do not want to change the way service is delivered?

The second question relates to your addendum. In the first piece you sent to us, you talked about the importance of home care in general. Am I right that you are saying categorically in the addendum is that in cases where the home care is really being used as a direct substitute for the patient being in an acute care hospital, that expense should not be thought of as home care expense although it is delivered at home? It should be thought of as a publicly insured service under the Canada Health Act, for example.

Au cours des dix dernières années, c'est ce que j'ai appelé une nouvelle division de la main-d'oeuvre. Pour utiliser un ancien concept des études dans le domaine du travail, il faut rediviser la main-d'oeuvre entre les omnipraticiens, les infirmières praticiennes et les infirmières de tous les niveaux de compétence. On pourrait peut-être rediviser la main-d'oeuvre davantage, mais je ne suis pas une spécialiste pour ce qui est des détails.

De nos jours, on gaspille les ressources humaines du système de soins de santé et on en fait un très mauvais usage. Les patients, les membres de la famille et les amis le voient. Nous devrions examiner cette question.

DRHC et Santé Canada ont donné au Collège royal des médecins et chirurgiens 4,7 millions de dollars sur trois ans pour étudier les ressources humaines. Je fais partie du comité des politiques du Collège royal, mais je n'ai pas trouvé le mandat de l'étude avant de venir ici.

Le problème pour ce qui est d'une redivision de la maind'oeuvre, c'est qu'il se peut que nous n'ayons pas l'outil pour le faire. Je ne sais pas. Nous ne voulons pas le faire province par province car de nombreuses régions du Canada perdent leur main-d'oeuvre au profit de la province voisine. Nous devons le faire à l'échelle nationale. Je ne pense pas que nous ayons l'outil qu'il faut. Je ne suis pas certaine. Peut-être que cette énorme étude menée par le Collège royal pourrait en être l'instrument.

Voilà, monsieur le président, les points que je voulais aborder. Le point qui m'intéresse le plus est de savoir comment nous pouvons mettre en place un changement de toute évidence nécessaire, mais qui ne se concrétise pas dans le système.

Le président: Avant de donner la parole au sénateur Pépin, je vais vous poser deux questions. La première est un suivi de ce que vous venez de dire. J'essaie de saisir les principaux obstacles au changement.

Il est évident, d'après toutes nos audiences, que la résistance au changement est incroyable, même parmi des personnes très intelligentes. La résistance au changement est-elle essentiellement un problème fédéral-provincial? Est-ce principalement un problème fédéral-provincial, ou principalement les attitudes de divers groupes de spécialistes qui ne veulent pas modifier les règles de la pratique ou qui ne veulent pas modifier la façon dont le service est rendu?

Ma deuxième question a trait à votre ajout. Dans le premier document que vous nous avez fait parvenir, vous parliez de l'importance des soins à domicile en général. Ai-je raison de penser que vous dites catégoriquement dans l'ajout que dans les cas où les soins à domicile sont vraiment donnés en remplacement direct des soins qui seraient donnés aux patients dans un hôpital de soins de courte durée, que les dépenses ne devraient pas être imputées aux soins à domicile même s'il s'agit de soins donnés à domicile? On devrait les considérer comme un service assuré publiquement aux termes de la Loi canadienne sur la santé, par exemple.

In some sense, there are two different types of home care. There is the home care that follows immediately after being in the hospital for acute care during effective convalescence. There is also the other form of home care, which we usually call long-term care, for people who need care on a long-term ongoing basis.

Although both services are delivered at home, they are really two different programs. One is long term and the other is merely an alternative delivery system for what we think of as a medicare service.

Ms Bégin: Yes, that is what I think, but I added drugs. In the same way that my drugs today can be reimbursed partly by my employer's insurer or my personal coverage, they should not be paying for the drugs that I received free of charge when in hospital. All the hospitals of Canada have passed on directly to the patients in the last seven years an enormous sum of money as new patient fees or costs through drugs and home care.

The Chairman: In the drug case, to emphasize your point, in my own family, I had a case in the last few years in which oxygen was delivered in the hospital, obviously free of charge. When oxygen was delivered at home, we paid for it. It is hard to think of something less medically necessary than oxygen.

Ms Bégin: Your first question was about change. I hope we can discuss federal-provincial relations later. Everyone knows how strongly I feel on what I call governance. Federal-provincial relations are totally dysfunctional, and they will not change. Right now, they work when you put \$23 billion on the table. They work for maybe a few weeks. I will say that ironically, sarcastically or caustically even — choose the word.

Having said that, there must be a constraint to change and reforms. Within each province, corporatism is big. Basically, it is the fear of physicians, the OMA, the provincial associations. When the questions of moving from fee-for-service to another system, or moving from solo to group medical practice, the response is fear. It is the fear of losing income, which is a very human and very legitimate fear. That should be addressed first.

For nurses, I do not know the constraints in change in scope of practice from within organized nursing. However, from what I understand of the whole health care system, their constraint is the medical profession. It is not each physician who resists change so much as the medical profession or organized medicine, which is very different from individual practitioners. Yet, everyone knows that sooner or later it must be done.

Dans une certaine mesure, il y a deux types de soins à domicile. Il y a les soins à domicile qui suivent immédiatement l'hospitalisation dans un établissement de soins de courte durée, pendant la convalescence. Il y a aussi l'autre sorte de soins à domicile, que nous appelons habituellement les soins de longue durée, pour les gens qui ont besoin de soins continus pendant une longue période.

Bien que ces deux services soient rendus à domicile, ce sont vraiment deux programmes différents. Un est à long terme et l'autre est simplement un système de prestation de rechange de ce que nous considérons un service du régime d'assurance-maladie.

Mme Bégin: Oui, c'est ce que je pense, mais j'y ai ajouté les médicaments. Au même titre que mes médicaments aujourd'hui peuvent être remboursés en partie par l'assureur de mon employeur ou par mon régime d'assurance personnel, le régime ne devrait pas payer les médicaments que j'ai reçus gratuitement alors que j'étais à l'hôpital. Tous les hôpitaux du Canada ont refilé directement aux patients depuis sept ans une énorme facture au titre de nouveaux coûts ou frais liés aux patients par le biais des médicaments et des soins de santé.

Le président: Dans le cas des médicaments, pour mettre en évidence le point que vous soulevez, dans ma propre famille, j'ai été témoin d'un cas depuis quelques années où de l'oxygène a été donné à l'hôpital, de toute évidence gratuitement. Lorsque l'oxygène était donné à la maison, nous avons payé. Il est difficile de trouver quoi que ce soit de moins nécessaire sur le plan médical que l'oxygène.

Mme Bégin: Votre première question portait sur le changement. J'espère que nous pourrons discuter plus tard des relations fédérales-provinciales. Tout le monde sait ce que je pense de ce que j'appelle la gouvernance. Les relations fédérales-provinciales sont totalement dysfonctionnelles, et elles ne changeront pas. À l'heure actuelle, elles fonctionnent lorsque vous mettez 23 milliards de dollars sur la table. Elles fonctionnent pendant peut-être quelques semaines. Je le dis de façon ironique, sarcastique ou même cynique — choisissez le mot.

Ceci étant dit, il doit y avoir une contrainte aux changements et aux réformes. Dans chaque province, le corporatisme est une grande affaire. Essentiellement, c'est la crainte des médecins, de l'OMA, des associations provinciales. Lorsqu'il est question de passer de la rémunération des services à un autre système, ou de passer de la pratique seule à la pratique collective, la réponse est la crainte. C'est la crainte de perdre des revenus, qui est une crainte très humaine et très légitime. On devrait examiner cette question en tout premier lieu.

Dans le cas des infirmières, je ne connais pas les contraintes au changement dans la portée de la pratique du point de vue des soins infirmiers organisés. Cependant, d'après ce que je comprends de tout le système de soins de santé, leur contrainte est la profession médicale. Ce ne sont pas les médecins individuellement qui résistent au changement, mais bien plutôt la profession médicale, ou la médecine organisée, qui est très différente de la pratique individuelle. Pourtant, chacun sait que tôt ou tard ce sera fait.

The Chairman: Let us say that the income issue was resolved — none of the members of the medical professions felt they were losing income — would the overall problem be resolved? Is income the big problem, or do status or loss power also factor in? A number of us around the table would be quite confused as to the extent to which a fair bit of the issue was not status — not arguing money. Money in theory ought to be a solvable problem, but status may not be.

Ms Bégin: I would have to say at every level of experience that I had, both in my past incarnation and now, I would single out money for physicians as a very important ingredient. If GPs do 30 per cent less of what they do now when they see us, they will do more people. They will be capable of doing more complex procedures according to their training. They will still have gone through a faculty of medicine. I do not think status is at stake at all.

[Translation]

Senator Pépin: I greatly appreciated your presentation which highlighted a number of very important points. Last January, you spoke at a conference about governance and about users. At the time, you stated the following, and I quote:

[English]

Knowing behind the curtain the invisible driving force of the whole system is, of course, high-tech medicine, and finally, somewhere is the public as patient, as citizen or as taxpayer.

[Translation]

You went on to say this:

[English]

Nowhere in this hierarchy is the citizen as patient considered seriously except as passive recipient of health care services.

[Translation]

After talking at some length about relations between various governments and what needs to be done to assist the restructuring process, you make the following observation:

[English]

Finally, those who should be at the centre of the equation, the patient and the public in general, have no voice in the role.

Le président: Supposons que la question du revenu est réglée — aucun membre des professions médicales estimait perdre de revenu — le problème général serait-il réglé? Est-ce que le revenu est le gros problème, ou est-ce que le statut ou la perte de pouvoirs sont également des facteurs dont il faut tenir compte? Plusieurs d'entre nous autour de cette table seraient passablement confus de voir dans quelle mesure une bonne partie du problème n'avait rien à voir avec le statut — sans pour autant oublier la question de l'argent. En théorie, l'argent devrait être un problème qu'il est possible de régler, mais peut-être pas la question du statut.

Mme Bégin: Je dois préciser que d'après toute mon expérience, tant dans mes activités antérieures que maintenant, je dirais que la question de l'argent pour les médecins est un ingrédient très important. Si les omnipraticiens font 30 p. 100 de moins qu'en ce moment lorsque nous les consultons, ils recevront plus de gens. Ils seront capables d'effectuer des interventions plus complexes en fonction de leur formation. Ils auront passé par une faculté de médecine. Je ne pense pas du tout que la question du statut soit en jeu.

[Français]

Le sénateur Pépin: J'ai bien apprécié votre présentation laquelle fait mention des points les plus importants. J'aimerais me référer à une conférence que vous avez donnée en janvier dernier sur la gouvernance et dans laquelle vous parlez des usagers. Vous avez dit, et je cite:

[Traduction]

Le fait de savoir que le moteur invisible de tout le système est évidemment la médecine de pointe, et finalement, qu'on retrouve en quelque part le public en tant que patient, citoyen ou contribuable.

[Français]

Plus loin, vous ajoutez:

[Traduction]

Nulle part, dans cette hiérarchie, considère-t-on sérieusement le citoyen en tant que patient, sauf comme bénéficiaire passif de services de soins de santé.

[Français]

Après avoir longuement parlé des rapports des différents gouvernements et ce que l'on doit faire pour aider la restructuration, vous dites:

[Traduction]

Finalement, ceux qui se trouveraient au coeur de l'équation, le patient et le grand public en général, n'ont pas voix au chapitre.

[Translation]

Many of the speakers talked about the role of governments, about spending and so forth, but we need to be concerned about system users. If we want to go ahead with a restructuring of the system, we need to consider the users who make up the different patient categories.

The majority of users will be 65 years of age. However, we must not forget the baby boomers and younger people as well. When we talk about consumers, we are really talking about patients. We need to give some serious thought to all aspects of reform.

What problems are we likely to encounter in trying to help patients accept some restructuring of the system? They do not speak out as loudly as the experts. How should we broach the issue with them?

Ms Bégin: I would like to draw a distinction between patient and public participation in the reform process — and we anticipate that there will be numerous reforms — and their involvement on a regular, ongoing basis in system governance.

I have never approached the subject from this angle, but practically speaking, I see no need to separate the two issues. I would not want to hear only from patients. I am also interested in hearing from taxpayers who, over the course of their lifetime, will have been patients at some point in time. I want to see them involved in system governance at all levels, including the federal-provincial relations level.

As a federal committee, you are making recommendations at all levels. I congratulate you on choosing this approach. You have the power to exert some influence on the entire system directly at the federal level.

I foresee a problem with devising a new way for the provinces and the federal government to work together, other than the tried and true federal-provincial conferences, health ministers' meetings and so forth.

According to existing federal legislation, the Parliament of Canada is responsible for health care. I want to uphold this principle. Some argue that health care should not be a political issue, to which I always respond that health and education will forever be political issues because they represent the cornerstones of society. There are choices to be made. What these individuals are saying is that health care has become too politicized and they are absolutely right about that. Therefore, what kind of new relationship can be forged to repair the damage?

Personally, I do not have the answer to that question, but I would be curious to know what kind of approach the European Union came up with to work with other member countries. The European Union and its member countries share some similarities with the federal and provincial governments. I have been told that they are very innovative in many areas. I would like to know what kind of conflict resolution and governance mechanisms they have adopted.

[Français]

Plusieurs présentations ont fait état du rôle des gouvernements, des sommes d'argent, et cetera, mais nous devons nous préoccuper des usagers du système. Si on veut procéder à une restructuration du système, il faudra considérer les utilisateurs que constituent les différents groupes de patients.

Il y a ceux de 65 ans qui feront partie de la majorité. Il y aura aussi les baby-boomers et les plus jeunes. Lorsqu'on parle des consommateurs, on parle des patients. Nous nous penchons sérieusement sur tous les aspects de la réforme.

Quelle sera la difficulté à laquelle il faudra faire face pour aider les patients à accepter une certaine restructuration? Leur voix est moins entendue que celle de tous les experts. Comment devrait-on aborder le sujet?

Mme Bégin: Je voudrais faire une distinction entre la participation des patients et des autres citoyens aux nombreuses réformes — qui, espérons-le, se produiront — et leur participation de façon régulière et continue dans la gouvernance du système.

Je n'ai jamais pensé à la question sous cet angle, mais dans la pratique, je ne vois pas le besoin de séparer les deux. Je ne voudrais pas voir que des patients. Je voudrais aussi voir des contribuables qui, au cours de leur vie, auront été des patients et les voir impliqués dans la gouvernance du système à tous les niveaux, y compris celui des relations fédérale-provinciales.

En tant que comité fédéral, vos recommandations sont à tous les niveaux. Vous avez choisi cette approche et je vous en félicite. Il s'agit d'un système entier et là où vous avez un pouvoir direct d'influencer, c'est au fédéral.

Je vois une difficulté dans le fait d'inventer un nouveau mode de travail entre les provinces et le fédéral autre que les fameuses conférences fédérale-provinciales, les réunions des sous-ministres de la Santé et tout le reste.

Il existe une loi fédérale dont l'imputabilité doit être au Parlement canadien. Je veux à la fois respecter cela. Les gens disent que la santé ne devrait pas être politique. Je leur dis toujours que la santé et l'éducation seront toujours politiques car ce sont les pierres angulaires de toute société. Il y a des choix à faire. Ces gens veulent dire que nous avons beaucoup trop politisé de façon partisane la santé et ils ont complètement raison. Comment pouvons-nous réparer tout cela? Que pourrions-nous inventer?

Personnellement, je ne suis pas équipée pour le faire, mais j'aimerais savoir ce que l'Union européenne a inventé comme approche par rapport aux autres pays membres. L'Union européenne et les pays membres, c'est un peu comme nous avec le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux. On me dit qu'ils sont très innovateurs à bien des égards. J'aimerais savoir ce qu'ils ont comme mécanismes de résolution de conflits, mais surtout comme modes de gouvernance.

Whether we like it or not, it would seem that we are prisoners of our own past. I stepped down from cabinet in 1984 and even back then, there had been calls for a citizens health council which would play an advisory role. I did not support the idea at the time.

During the 1990s, I discussed at considerable length the idea of a citizens council comprised solely of members of the public and patients. Such a council would report on the health of Canadians and groups at risk, not on the status of institutions and the work force. No one was doing performance reports at the time.

Now I have started to believe that the federal-provincial conference formula should be completely revised. What kind of changes would be needed to ensure the input of citizens and perhaps even that of experts? I do not have the answer to that question. It is something we need to consider further.

Senator Pépin: Do we definitely need to include these groups?

Ms Bégin: Yes.

[English]

Senator Keon: Thank you, Madam Bégin, for coming here again. I would like the record to reflect the truly enormous contribution you have made to the health of Canadians over the years. I fully appreciate how busy you have been and the time it takes from your agenda to prepare briefs and come and testify before us.

One of the things that I have been testing with some of the witnesses before us is the concept of regional health authorities as it relates to health manpower reform. There is much resistance to regional health authorities on the part of some provincial bureaucrats at the level of deputy minister and assistant deputy minister. My feeling is that we are never going to come to grips with person-power reform in health until we can establish regional health authorities so we can provide health care teams to fit the environment in which they work.

Our current methods for gathering information and assessing the needs of health care professionals are seriously flawed. The medical associations come in at the national level and tell us how many doctors they need, which is the same for nurses, technicians and so forth. We do not have someone telling us what kind of health care team would be best to serve the area of Timmins, Ontario, for example. I would like to have your comments on this.

Ms Bégin: Dr. Keon, on the general question of health authorities, which exist in nine of the 10 provinces under one name or another — the exception being one-third of Canada, Ontario — I would observe there is no panacea. However, in a country as vast and diverse as ours they become an important consideration just because the delivery of health

Que nous le voulions ou non, il semble que nous soyons prisonniers de notre passé historique. J'ai cessé d'être ministre en 1984 et, dès lors, des gens avaient demandé un Conseil de la santé composé de citoyens qui auraient un rôle consultatif. A l'époque, je n'avais pas soutenu cette idée.

Dans les années 90, j'ai beaucoup parlé de Conseil de citoyens, uniquement composé de citoyens et de patients, qui feraient des fiches de rendement sur l'état de santé des Canadiens, et non pas sur les institutions et le travail, mais les états de santé par groupes vulnérables. À ce moment-là, personne ne faisait de fiches de rendement.

Maintenant, j'en suis venue à considérer que les conférences fédérales-provinciales doivent être changées et complètement revues. Mais comment ferait-on pour y ajouter au moins des citoyens et, peut-être, des experts? Je ne connais pas la réponse. Il faut vraiment se pencher sur cela.

Le sénateur Pépin: Il faudrait définitivement les inclure? Mme Bégin: Oui.

[Traduction]

Le sénateur Keon: Merci, madame Bégin, d'être venue nous rencontrer une fois de plus. Je tiens à mentionner pour le compte rendu l'énorme contribution que vous avez faite à la santé des Canadiens et Canadiennes au fil des ans. Je sais à quel point vous êtes une personne occupée et je suis conscient du temps que vous consacrez à préparer des mémoires et à venir témoigner devant nous.

Une des choses que je vérifie auprès de certains témoins qui comparaissent devant nous, c'est la notion des autorités régionales de santé sur le plan de la réforme de la maind'oeuvre de santé. Il y a beaucoup de résistance aux autorités régionales de santé de la part de certains bureaucrates provinciaux aux niveaux de sous-ministre et de sous-ministre adjoint. Mon impression est que nous ne parviendrons jamais à réaliser une réforme de la main-d'oeuvre dans le domaine de la santé tant que nous ne pourrons pas créer des autorités régionales de santé qui nous permettraient de mettre sur pied des équipes de soins de santé qui s'intègrent à l'environnement dans lequel elles travaillent.

Nos méthodes actuelles de cueillette de renseignements et d'évaluation des besoins des professionnels des soins de santé comportent de grandes lacunes. Les associations de médecins interviennent au niveau national et nous disent le nombre de médecins dont elles ont besoin, ce que font également les infirmiers et infirmières, les techniciens et tout le reste. Il n'y a personne qui nous dit quelle sorte d'équipe de soins de santé serait idéale pour desservir la région de Timmins, en Ontario, par exemple. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Mme Bégin: Docteur Keon, pour ce qui est de la question générale des autorités de santé, que l'on retrouve dans neuf des dix provinces, sous un nom ou un autre — l'exception étant le tiers du Canada, l'Ontario —, je dirais qu'il n'y a là aucune panacée. Cependant, dans un pays aussi vaste et varié que le nôtre, elles deviennent une considération importante uniquement

care should have multiple facets that could accommodate that. We are not sure that is it is a panacea, but I find them an interesting idea as an agent of change. By analogy, in the same way, I spoke of a massive investment in the info-structure. That is where I situate them.

To answer your specific question of bringing in reform in human resources planning, they could accommodate local diverse needs a million times better than Queen's Park or any provincial government can. Health economists, as well as students of health administration, will share with your committee the fact that for a long time — I will borrow this from my former colleague Judy Erola — provincial ministries in Canada have been like huge HMOs — badly run. In general, the system is micromanaged by our provincial ministries of health. I should not say that to those who have created the gem of an institute in which staff suffer from knowing their budget six months after the year has started.

It is everywhere, even in Alberta. With the CLSCs and the Régies Régionales, Quebec has been the innovator. The CEO of one of the biggest Régie régionale in Montreal, whom I saw recently at a McGill conference, told me that every decision of any importance is entirely second-guessed and restudied by the Quebec ministry. What is the point? That is not decentralization.

Therefore, I think it would be an interesting tool of change to go to regional authorities provided there is complete devolution of budgets, including global budgets for salaries and drugs. I know your committee refers to that in volume 5 in terms of what Claude Forget promotes — is internal markets. I find that interesting. It is the U.K. approach. However, I cannot speak to that. I will let experts discuss the pros and cons.

I see it in terms of addressing the diversity of a huge country and adapting locally at a manageable level to what is needed there. Timmins would therefore get what they need. I already know that it will be francophone and totally different than fancy Toronto. I apologize to those who come from Toronto.

The Chairman: I wish to ask a supplementary question based on your comments on the micromanagement of institutions by provincial health departments. The committee is really of the view that that is generated, not because they think they know a lot about the management of institutions but because they are trying to save money. In other words, what has driven micromanagement from the provincial government level has been a fiscal constraint in general, not a belief that they necessarily understand a lot about managing institutions. One of the reasons for arguing strongly for separating the issue of the insurer, or the payer, from the provider, which is to say the institution, is to get provincial governments out of the micromanagement role.

parce que la prestation des soins de santé devrait comporter des volets multiples qui pourraient en tenir compte. Nous ne sommes pas certains qu'il s'agisse d'une panacée, mais je trouve l'idée intéressante en tant qu'agent de changement. Par analogie, j'ai parlé de la même façon d'un investissement massif dans l'infostructure. Voilà où je les situe.

Pour répondre à votre question précise d'une réforme dans la planification des ressources humaines, elle pourrait tenir compte des divers besoins locaux un million de fois mieux que Queen's Park ou n'importe quelle administration provinciale. Les économistes de la santé, tout comme les étudiants en administration des services de santé, diraient à votre comité que pendant longtemps — je vais emprunter cela de mon ancienne collègue Judy Erola — les ministères provinciaux au Canada ont été comme d'énormes OSSI — mal administrés. De façon générale, le système fait l'objet d'une microgestion de la part de nos ministres provinciaux de la Santé. Je ne devrais pas dire cela à ceux qui ont créé le bijou d'institut dans lequel le personnel ne connaît son budget que six mois après le début de l'exercice.

C'est partout, même en Alberta. Avec les CLSC et la régie régionale, le Québec a été l'innovateur. Le PDG de l'une des plus importantes régies régionales à Montréal, que j'ai rencontré dernièrement dans le cadre d'une conférence à McGill, m'a dit que chaque décision d'importance est entièrement remise en question et réexaminée par le ministère à Québec. À quoi cela sertil? Ce n'est pas de la décentralisation.

Par conséquent, je pense que ce serait un outil intéressant de changement de passer à des autorités régionales, à la condition qu'il y ait dévolution complète des budgets, y compris les budgets globaux des salaires et des médicaments. Je sais que votre comité fait référence à cela dans le volume 5 par rapport à ce que Claude Forget favorise — les marchés internes. Je trouve cela intéressant. C'est l'approche adoptée au Royaume-Uni. Cependant, c'est un point dont je ne peux parler, je laisserai cette discussion aux spécialistes.

Je le vois sous l'aspect de la diversité d'un énorme pays et de l'adaptation à l'échelle locale à un niveau pratique de ce qui est nécessaire. Par conséquent, Timmins obtiendrait ce dont elle a besoin. Je sais déjà que ce sera francophone et totalement différent du Toronto guindé. Je m'excuse auprès de ceux qui viennent de Toronto.

Le président: J'aimerais poser une question supplémentaire en fonction de vos observations sur la microgestion des institutions par les ministères provinciaux de la Santé. Le comité est vraiment d'avis que c'est généré, non pas parce qu'ils pensent en savoir beaucoup sur la gestion des institutions, mais parce qu'ils essaient d'économiser de l'argent. Autrement dit, c'est une contrainte fiscale qui a entraîné la microgestion de la part du gouvernement provincial, et non pas la certitude qu'il comprend nécessairement la gestion des institutions. Une des raisons militant fortement en faveur de la séparation de la question de l'assureur, ou du payeur, de celle du fournisseur, c'est-à-dire l'institution, c'est de sortir les administrations provinciales du rôle de microgestion.

My question is: Do you agree that the micromanagement role has been driven primarily for fiscal reasons and does our separation get them out of it successfully?

Ms Bégin: I suppose you are right. Since I am not a health economist but a sociologist, and by practice a political scientist, I will tell you that my view is that it is about turfs, territories, control and power.

What you describe is a beautiful justification — my biased views against your biased views. It is really about power and control. The Quebec provincial ministry of health is extraordinary. When it created all these CLSCs and then the additional layer, it did not fire one single bureaucrat in Quebec City. You have doubled the numbers and you have not saved. That is for sure.

The provinces should be in charge of defining the rules of the game for accountability. The regional authorities operate the system and must be accountable to the province. Therefore, the provinces should have very few top bureaucrats in the ministries of health who do the planning: They divide the same pie but they give it to regional authorities. Perhaps they would oversee common functions such as public health. I am no specialist. A few functions of health care should probably remain central. I am thinking of public health and surveillance, for example. That must be discussed. Some functions might be better performed and more efficient if they remain central.

However, what we call health care delivery, in the sense of doctors, hospitals and primary care, should be regional.

Senator Morin: I would like, first, to say that since you introduced the Canada Health Act, you are considered as the guardian angel of medicare. That is why we follow your comments so closely. That is not a question but a reflection on the comment you made at a speech about a month ago, where you stated, if I understood correctly, that you had no objection to private providers in the system, private in the sense of for-profit providers. I think that was a very important statement.

My question deals with another issue. In your statement, you dealt with the necessity of reforming and restructuring our health care delivery system with the objective of improving quality, accessibility and efficiency. I think we all agree with this.

Some of these restructuring operations will have to be done at the provincial level. Some of these issues are intensely provincial, while others can be initiated at the federal level.

If you were at the federal level — which is where we are working — what would be, in your view, the federal role in this restructuring? In other words, what would be the federal initiatives? If there were supplementary federal funding — limited, of course — and realizing that we cannot exert

Ma question est la suivante: êtes-vous d'accord que le rôle de microgestion découle principalement de motifs fiscaux et est-ce que la séparation que nous préconisons les en sort effectivement?

Mme Bégin: Je suppose que vous avez raison. Étant donné que je ne suis pas une économiste en santé, mais une sociologue, et dans la pratique une politicologue, je vous dirai qu'à mon avis c'est une question de territoire, de contrôle et de pouvoir.

Ce que vous décrivez est une magnifique justification — mon point de vue biaisé contre votre point de vue biaisé. C'est vraiment une question de pouvoir et de contrôle. Le ministère provincial de la Santé au Québec est extraordinaire. Lorsqu'il a créé tous ces CLSC, puis l'autre couche, il n'a congédié aucun bureaucrate à Québec. Vous avez doublé, et vous n'avez rien économisé. Ça, c'est certain.

Les provinces devraient être chargées de définir les règles du jeu pour ce qui est de la reddition de comptes. Les autorités régionales font fonctionner le système et doivent rendre des comptes à la province. Par conséquent, les provinces devraient avoir très peu de hauts fonctionnaires dans les ministères de la Santé qui font de la planification: elles partagent la même tarte, mais elles la donnent aux autorités régionales. Elles superviseraient peut-être des fonctions communes comme la santé publique. Je ne suis pas une spécialiste. Quelques fonctions des soins de santé devraient probablement rester centralisées. Je pense, par exemple, à la santé publique et à la surveillance. Il faut en discuter. Certaines fonctions seraient peut-être mieux exécutées et plus efficaces si elles restaient centralisées.

Toutefois, la responsabilité de la prestation des soins de santé, qui englobe les médecins, les hôpitaux, les soins primaires, devrait être confiée aux régies régionales.

Le sénateur Morin: Je tiens tout d'abord à dire que vous êtes perçue comme étant la protectrice du régime d'assurance-maladie, puisque c'est à vous qu'on doit la Loi canadienne sur la santé. Voilà pourquoi nous écoutons attentivement tout ce que vous dites. Par exemple, il y a environ un mois, vous avez affirmé dans un discours que vous n'étiez pas contre l'idée, si j'ai bien compris, d'ouvrir le régime aux fournisseurs privés de soins de santé, c'està-dire aux fournisseurs à but lucratif. C'était là un commentaire fort important.

Ma question porte sur un autre sujet. Vous avez insisté, dans votre exposé, sur la nécessité de restructurer le régime de soins de santé dans le but d'en améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité. Je pense que nous sommes tous d'accord là-dessus.

Certaines de ces réformes devront être introduites au palier provincial, ces questions, dans une certaine mesure, relevant de la responsabilité des provinces, tandis que d'autres pourront être entreprises au palier fédéral.

À votre avis, quel serait le rôle du gouvernement fédéral—puisque c'est de lui dont il est ici question— dans cette restructuration? Autrement dit, quelles réformes le gouvernement fédéral devrait-il entreprendre? Si des fonds supplémentaires— limités, bien entendu— étaient débloqués

influence without funding some of the provincial activities, where would you start at the federal level?

I realize this is not an easy question. This is the sort of question we are dealing with right now.

Ms Bégin: For me, it is so easy that I will have to repeat myself. I apologize. I think that is what I am addressing, in the sense that the X number of billions needed for info-structure refers to the feds having a role of facilitator and enabler for the provinces. I agree with Terry Sullivan and Pat Baranek in their last book, First Do No Harm, that the strength of medicare is the notion of equity built into transfer payments. We live right now physically in Ontario. We should not forget the rest of the country.

There is a role of enabler or facilitator. I do not mean the feds should decide on how the info-structure is done, what company is chosen and all of that. They should pay the bill. I am sorry, I feel very strongly about that. It should be targeted money, of course. I find that an urgency.

Senator Morin: That would be your priority?

Ms Bégin: No, I will not give you the pleasure of a linear list. My notion of social change has always been of parallel avenues and the sum total does the trick. In parallel, other people — not the same people — must work on defining what "public administration" means, meaning what is a good rule of the game to articulate the interface of private and public players in hospital care and medical care. That has not been done. Health Canada should have been working on that, as far as I am concerned, for years. I have no idea what has been done on that. I have never seen or heard anything. That is urgent.

I do not know who in Canada, other than the Mazankowski Commission in Alberta, has expressed a way of deciding what medicare should cover in terms of public funding. They offer one view. They offer a process of defining and redefining constantly what should be insured. They suggest a committee of medical experts; no need to say there should be more than medical experts on the committee, but at least they offer a view. The way they speak suggests a narrow definition of coverage.

Mine is not a narrow definition of coverage. I am only too familiar with European systems where for less GDP total health expenditures, people have access to a much broader coverage, the spectrum including alternative medicine in many countries.

I would like to see a broad coverage under comprehensiveness. I would like a method — committee or otherwise — that constantly reviews evidence-based new elements to be insured

par le gouvernement fédéral, et comme nous savons que nous ne pouvons exercer d'influence sur les provinces sans financer certaines de leurs activités, quelles réformes entreprendriez-vous en premier lieu au palier fédéral?

Je sais que la question n'est pas facile, mais c'est ce que nous essayons d'éclaircir pour l'instant.

Mme Bégin: C'est tellement facile pour moi d'y répondre que je vais devoir me répéter. Je suis désolée. Je fais référence au fait que le gouvernement fédéral a un rôle de faciliteur et de catalyseur à jouer auprès des provinces, compte tenu des X milliards de dollars qui devront être investis dans l'infostructure. Terry Sullivan et Pat Baranek affirment dans leur ouvrage le plus récent, First Do No Harm, que la force du régime d'assurance-maladie réside dans le principe d'équité qui sert de base aux paiements de transfert. Je suis d'accord avec eux. À l'heure actuelle, nous vivons, physiquement, en Ontario. Il ne faudrait pas oublier le reste du pays.

Donc, le gouvernement fédéral a un rôle de faciliteur ou de catalyseur à jouer. Je ne veux pas dire par cela que c'est lui qui administrera le projet d'infostructure, qui choisira l'entreprise, ainsi de suite. Toutefois, c'est lui qui devrait payer la note. Je m'excuse, mais c'est ce que je pense. Les fonds, bien sûr, devraient être ciblés. Il faut agir de toute urgence.

Le sénateur Morin: Ce serait là l'objectif prioritaire?

Mme Bégin: Non, et je ne me lancerai pas dans une longue énumération de ceux-ci. J'ai toujours été d'avis que le changement social est le fruit d'efforts parallèles. D'autres personnes — non pas les mêmes — doivent, en parallèle, définir ce qu'on entend par la «administration publique», c'est-à-dire définir les règles du jeu qui permettront une collaboration entre les secteurs privé et public dans les domaines des soins hospitaliers et des soins médicaux. Cela n'a pas été fait. Il y a longtemps que Santé Canada aurait dû se pencher là-dessus. Je ne sais pas pourquoi il ne l'a pas fait. Je n'ai jamais rien vu ou entendu à ce sujet. Il faut agir de toute urgence.

Je ne sais pas si quelqu'un d'autre au Canada, mis à part la commission Mazankowski en Alberta, a proposé une formule pour déterminer quels soins de santé devraient être financés au moyen des fonds publics. La commission propose une solution, un moyen de définir et de redéfinir constamment ce qui devrait être assuré. Elle propose la création d'un comité d'experts en médecine. Inutile de dire que ces experts ne devraient pas être les seuls à faire partie de ce comité. Toutefois, elle propose à tout le moins une solution, c'est-à-dire de restreindre la portée de la couverture.

Or, ce n'est pas du tout ce que je propose. Je connais très bien les systèmes en vigueur dans les pays européens, qui consacrent un plus petit pourcentage de leur PIB à leurs dépenses totales de santé, tout en offrant à leurs citoyens une plus grande couverture des services, lesquels englobent, dans bien des cas, les médecines douces.

J'aimerais qu'on ait accès à une grande couverture des services en vertu du principe de l'intégralité. J'aimerais qu'on mette sur pied un mécanisme — un comité, par exemple — qui passerait and old ways of doing things to be de-insured at one point. That should be done, of course, not just by the feds. That is crystal clear.

By the way, your fifth volume is almost entirely addressed to the operations of the system, which is provincial. You are right; it is very provincial. However, the feds have their homework to do as well because the Canada Health Act is federal legislation.

I have already made comments about drugs and direct substitutes. That should be done yesterday. That is easy to do.

You want priorities. I identified governance, home care and pharmacare as domains that somebody should study to come to a solution. The feds have a direct role in that, because they will have to be payer.

I forgot to mention that you speak eloquently in your reports of high-tech medicine and the need to entirely modernize the stock of medical equipment. That would probably cost another \$5 billion. The feds could play a national role of facilitator/enabler.

What is unbelievable to this student of the health care system for at least 25 years is the Canadian disease of "pilot projects." It is truly unbelievable.

I just checked the Web this morning under Health Canada's info-way. They think it is a year old. They had \$500 million in seed funding to get started. That was in 1997. We are now in 2002.

The CHEO hospital of Ottawa cannot speak electronically with the Ottawa Hospital. We do not have electronic records. I am talking about just Ottawa. The Riverside Campus and the Civic Campus still do not have the same information systems.

Senator Robertson: Thank you for coming, Ms Bégin. I have so many questions, but I will restrict myself to two, if I may, Mr. Chairman.

You alluded earlier in your remarks to the Canada Health Act and the five principles. We have heard from a number of witnesses who feel that there is an element of restriction in those five component parts.

Yesterday a witness from British Columbia talked about the restrictive elements of the Canada Health Act relating to the method of funding things. He said that provincial governments are duly elected and able to be responsible to their own electorate. Yet, there is an element in the Canada Health Act that does not allow them to be responsible. It treats them as if they were children, in his view.

régulièrement en revue les nouveaux services qui devraient être assurés, en se fondant sur les résultats, et ceux qui devraient être désassurés. C'est quelque chose qui, bien entendu, devrait être fait, et pas seulement du côté du gouvernement fédéral. C'est très clair.

À propos, votre cinquième volume est presque entièrement consacré à l'aspect opérationnel du régime, qui relève des provinces. Vous avez raison; c'est une responsabilité provinciale. Toutefois, le gouvernement fédéral a lui aussi un rôle à jouer parce que la Loi canadienne sur la santé est une loi fédérale.

J'ai déjà parlé des médicaments et des services qui remplaceraient directement les soins hospitaliers. C'est quelque chose qui aurait déjà dû être fait. Ce sont des changements assez simples.

Vous voulez savoir quels sont les objectifs prioritaires. J'ai mentionné la gestion, les soins à domicile et l'assurance-médicaments, domaines sur lesquels il faudrait se pencher en vue de trouver une solution. Le gouvernement fédéral a un rôle direct à jouer à ce chapitre.

J'ai oublié de dire que vous parlez avec éloquence, dans vos rapports, de la médecine de pointe et de la nécessité de moderniser tout l'équipement médical, ce qui coûterait sans doute un autre 5 milliards de dollars. Le gouvernement fédéral pourrait, à ce chapitre, jouer un rôle de faciliteur ou de catalyseur à l'échelle nationale.

Je m'intéresse au régime de soins de santé depuis au moins 25 ans, et ce je trouve invraisemblable, c'est cette manie qu'on a au Canada d'entreprendre des «projets-pilotes». C'est invraisemblable.

J'ai consulté le site Web de Santé Canada, ce matin. Ils pensent qu'il n'existe que depuis un an. Ils ont reçu 500 millions de dollars en fonds de lancement pour le mettre sur pied. C'était en 1997. Nous sommes en 2002.

L'HEEO, à Ottawa, ne peut communiquer par voie électronique avec l'Hôpital d'Ottawa. Nous n'avons pas accès aux dossiers électroniques. Et je ne parle que d'Ottawa. Le campus Riverside et le campus Civic utilisent encore des systèmes d'information différents.

Le sénateur Robertson: Merci d'être venue, madame Bégin. J'ai beaucoup de questions, mais je vais n'en poser que deux seules, si je puis me permettre, monsieur le président.

Vous avez fait allusion, plus tôt, aux cinq principes de la Loi canadienne sur la santé. Plusieurs témoins nous ont dit que ces cinq principes comportaient un élément restrictif.

Un témoin de la Colombie-Britannique nous a dit, hier, la même chose en parlant du mode de financement de la Loi canadienne sur la santé. Il a affirmé que les gouvernements provinciaux étaient dûment élus et qu'ils étaient comptables de leurs actes envers leur propre électorat. Or, il y a un élément dans la Loi canadienne sur la santé qui les empêchent de rendre des comptes. Ils sont traités comme de véritables enfants.

Where do we go? Are you satisfied with those five principles, or would you rather modify them considering the years passed since they were introduced? Can we modify them so that they will better serve the system and make it easier for the participants to participate?

Ms Bégin: I, too, hear constantly that it is a very restrictive legislation in the way of change. I must say that to this day I have not seen one concrete example of that claim.

I am sorry; I do not understand what the problem could be. Please clarify.

Senator Robertson: I will try to clarify the question. Take the perspective of the patient; the patient does not really care how it is funded as long as they do not have to wait two years. Do they wait two years for an invasive process or is there some other methodology that can be approved by the five principles that will allow earlier access? Much of the problem comes from the lack of access because in some parts of the country accessibility is terribly important.

Ms Bégin: Accessibility is important everywhere in the country. Is your question whether private clinics should exist? Is that what you are saying?

Senator Robertson: Part of it, yes.

Ms Bégin: I am decoding you because I do not understand.

The question of private hospitals or private clinics is a new challenge to the system, and we must address it. We must figure out clear rules of the game about which everyone knows. Right now, there are no rules of the game under the concept of public administration. That term is not what it means in the Canada Health Act.

For example, Shouldice is a historical hospital that was permitted by the legislation prior to the Canada Health Act. It is a specialized hospital that specializes in hernia operations. It operates entirely within the official fees paid under medicare by the Province of Ontario.

I have no idea how they manage for capital investment. However, I understand the place works and functions beautifully. I have no idea what their profit is.

I have no problem with that approach to life at all. They do not surcharge the patient. There are no extra charges of any kind.

However, while there is room for specialized hospitals, there are problems with them. The main problem is that they tend to skim the easy cases off the top. However, that is fine, if proper and very good linkages have been negotiated with the general hospital that must cover the crises. You think it is an easy patient, and then he has a heart attack in the middle of an operation.

There are problems, and they do skim off the top. That question must be addressed.

Que devons-nous faire? Êtes-vous satisfaite des cinq principes? Devrait-on, à votre avis, les modifier, compte tenu des années qui se sont écoulées depuis leur adoption? Pouvons-nous les modifier pour qu'ils puissent mieux servir le système, faciliter la participation à celui-ci?

Mme Bégin: J'entends souvent dire, moi aussi, que la loi est très restrictive. Toutefois, j'attends toujours qu'on me le démontre au moyen d'exemples concrets.

Je m'excuse, mais je ne vois pas où est le problème. Soyez plus claire.

Le sénateur Robertson: Je vais essayer de clarifier ma question. Prenons le point de vue du patient. Pour lui, la façon dont le système est financé n'a pas grande importance, pourvu qu'il n'ait pas à attendre deux ans avant de se faire soigner. Or, doivent-ils attendre deux ans avant d'avoir accès à un traitement effractif, ou existe-t-il une autre façon de leur permettre d'avoir accès plus rapidement à celui-ci en appliquant les cinq principes? Le problème se situe surtout au niveau de l'accès, parce que dans certaines régions du pays, l'accessibilité est très importante.

Mme Bégin: L'accessibilité est importante dans toutes les régions du pays. Me demandez-vous s'il devrait y avoir des cliniques privées? C'est cela que vous voulez savoir?

Le sénateur Robertson: En partie, oui.

Mme Bégin: Je dois faire du décodage parce que je ne comprends pas.

La question des cliniques ou des hôpitaux privés constitue un nouveau défi auquel il faut s'attaquer. Nous devons établir des règles du jeu qui sont claires. Le principe de gestion publique ne repose, à l'heure actuelle, sur aucune règle. Le sens qu'on lui donne ne correspond pas à celui qui figure dans la Loi canadienne sur la santé.

Par exemple, Shouldice est un hôpital qui a vu le jour avant l'adoption de la Loi canadienne sur la santé. C'est un hôpital qui se spécialise dans les hernies. Il applique les honoraires officiels que prévoit le régime d'assurance-maladie de la province de l'Ontario.

Je ne sais pas comment il se débrouille pour les dépenses d'investissement. Toutefois, je crois comprendre que l'hôpital fonctionne très bien. Je ne sais pas quelle est sa marge de profit.

Cette façon de procéder ne me dérange aucunement. Les patients ne versent pas de frais supplémentaires. Aucun frais supplémentaire n'est exigé.

Toutefois, les hôpitaux spécialisés, même s'il y a de la place pour eux dans le système, posent problème. D'abord, ils ont tendance à ne s'occuper que des cas faciles. C'est très bien, si des arrangements adéquats et satisfaisants ont été faits avec l'hôpital général pour qu'il prenne en charge les cas plus urgents. Vous pensez que c'est un cas facile, et ensuite le patient a une crise cardiaque en plein milieu de l'opération.

Il y a des problèmes de ce côté-là. Ils ne s'occupent avant tout que des cas faciles. C'est une question qu'il faut examiner.

There remains room for specialized hospitals or clinics. The funding should be entirely within the public funding without surcharge to patients. As a person who never succeeded in becoming rich, I do not understand how they would make a profit. I do not understand that unless they have extremely low-paid staff. I would like to see it addressed.

Another concern is the private labs under consideration. The Province of Ontario sends requests for proposals and a number of lab companies apply. The province chooses one or two private labs. They enter into the contract with the province and accept such money for the contract they perform.

When I go to these private labs, I simply present my OHIP card. Thus, there is a mechanism whereby the province finds them more efficient. We do not wait at these labs. They do function. I hope that they have quality standards and do not mix up my file with someone else's. That instance of privatization works.

However, in general, if that was to apply to specialized hospitals — I will speak of general hospitals later — it raises, in theory, the issue of fair profit. Any economist knows there is no answer to that question. It has been studied and super studied, and I do not think there is an answer to it.

As to general hospitals, I just do not know how a general hospital from the private sector operates on a not-for-profit basis. They would reinvest automatically in their own budgets. Could they not go into a better business than that? I just do not understand. Someone has to pay the profit. I want to know who and how much.

The Chairman: I do not know the answer to the question with regard to general hospitals because I think that is a problem. Specialized hospitals are able to, as you put it, make a profit for two different reasons. One is that there are huge efficiencies in doing simple procedures repeatedly. They also provide better care. We have talked to an orthopaedic surgeon who only does shoulders. He can get a complete practice only doing shoulders, and the result is that he is very good.

Second, even publicly owned hospitals at the moment make on the order of 15 per cent of their income from the surcharge they put on private and semi-private rooms and televisions, et cetera. Specialized hospitals have a tendency to only have private and semi-private rooms, so in effect they are getting a patient contribution, just as a public hospital does now. The Ottawa Hospital gave the figure of roughly 15 per cent that comes from the surcharge for people who want private or semi-private care and other things such as the cafeteria they run, renting televisions, et cetera. It is a bit of that.

The big thing is if you do a limited number of simple things in large volume, you avoid a whole lot of overhead, as you said. However, you better have a general hospital ready to pick up the case that goes bad. As I understand it, the Shouldice Clinic has an arrangement with one of the general hospitals close by to cover

Il y a de la place pour les cliniques ou les hôpitaux spécialisés. Ils devraient être entièrement financés à même les fonds publics, sans exiger que les patients versent des frais supplémentaires. Comme je n'ai jamais réussi à devenir riche, je ne comprends pas comment ces hôpitaux peuvent réaliser des profits. Je ne vois pas comment ils peuvent le faire, à moins que leur personnel soit très mal rémunéré. Il faudrait se pencher là-dessus.

Il y a aussi la question des laboratoires privés. L'Ontario présente des demandes de proposition, et plusieurs laboratoires soumettent une offre. La province choisit un ou deux laboratoires privés. Ils concluent une entente avec la province et acceptent de recevoir tel et tel montant pour les services qu'ils offrent.

Or, quand je me rends dans un de ces laboratoires privés, je présente tout simplement ma carte d'assurance-maladie. La province trouve cette formule plus efficace. Il n'y a pas d'attente. Ces laboratoires fonctionnent bien. J'espère qu'ils se conforment à des normes de qualité et qu'ils ne confondent pas les dossiers. Ce mode de privatisation fonctionne.

Toutefois, cette formule, si elle était appliquée aux hôpitaux spécialisés — je parlerai des hôpitaux généraux plus tard — soulèverait, en théorie, la question des profits équitables. Les économistes savent qu'il n'y a pas de réponse à cette question. Ils l'ont examinée à fond, et je ne crois pas qu'il y ait de réponse à celle-ci.

En ce qui a trait aux hôpitaux généraux, je ne sais pas comment fonctionne un hôpital général privé à but non lucratif. Il doit réinvestir automatiquement dans son propre budget. Est-ce qu'un autre secteur d'activité ne serait pas plus intéressant? Je ne comprends pas. Il doit bien exister une source de profit. Or, je voudrais savoir quelle est cette source, et à combien s'élèvent les profits.

Le président: Pour ce qui est des hôpitaux généraux, je ne connais pas la réponse à la question. Je pense toutefois qu'il y a un problème de côté-là. Les hôpitaux spécialisés sont en mesure, comme vous le dites, de réaliser des profits. Il y a deux raisons à cela. D'abord, accomplir sans cesse des actes médicaux simples est très économique. Leurs soins sont également de meilleure qualité. Nous avons parlé à un chirurgien orthopédiste qui n'opère que les épaules. Il ne fait que de ce type d'opération, et il est très compétent.

Ensuite, même les hôpitaux publics réalisent 15 p. 100 de leurs revenus à même les frais supplémentaires qu'ils exigent pour les chambres privées et semi-privées, les télévisions, et cetera. Les hôpitaux spécialisés ont tendance à n'avoir que des chambres privées et semi-privées, de sorte que le patient paie quelque chose, tout comme il le fait dans un hôpital public. L'Hôpital d'Ottawa réalise environ 15 p. 100 de ses revenus à même les frais supplémentaires que versent les patients qui veulent une chambre privée ou semi-privée, les services de cafétéria, la location de télévisions, ainsi de suite.

Le fait est que si vous effectuez des opérations très simples, mais en très grand nombre, vous évitez beaucoup de frais généraux, comme vous l'avez mentionné. Toutefois, vous avez intérêt à ce qu'il y ait un hôpital général qui accepte de s'occuper du cas si un problème se pose. Si j'ai bien compris, la clinique

the case where something goes wrong. That is how they are able to make a profit. Your point is doing that in a general hospital where you have the overhead and a multitude of procedures is a much more difficult thing to do.

Ms Bégin: There are fewer semi-private and private rooms. I do not know if you are aware of that.

The Chairman: Yes.

Ms Bégin: The question becomes complicated. There are specialized, high-tech labs, such as MRI only, or the fanciest scans possible, et cetera. You pay your \$1,000 and have your scan. It is queue-jumping.

I want to see articulated and expressed the rules of the game where it is not acceptable or is acceptable. I go and I pay my \$1,000. I wish I could do it for a colonoscopy for example. Then the day after or the same afternoon, I have my medical dossier. I have the pictures. However, I come back to Ottawa, and I queuejump. That is unacceptable. For me, that is the one principle that has been clearly articulated.

The other thing is that our physicians are trained with some public money. Students pay a fee in our universities, and it is huge in medicine, but in our country, the taxpayer enormously subsidizes medical studies.

The other point where we need to articulate something is when doctors play both the private and the public system. Doctor X will be accredited to Private Hospital Z but will also keep accreditation to a public hospital — we do not use those terms in Canada, but just to be understood — because he or she needs it at times. Which will get the preference? Human nature being what it is, the doctor will give the preference to his or her practice in the private clinic. Something has to be clarified there as well.

Senator LeBreton: Is the patient going to a private clinic and having a MRI, even though they are paying for it, and then bringing that x-ray or picture image back really queue-jumping because they have not had to wait on a six-month list? Is it necessarily queue-jumping? If they simply bring the pictures back to their own GP or doctor for immediate assessment, rather than wait six months for the test, is that really queue-jumping for that patient? Is it not just facilitating the doctor to make a quicker diagnosis?

Ms Bégin: That patient has already won six months by getting ahead of others just by paying. I find that unacceptable. I find it a major problem.

Senator Morin: If the same patient, instead of going to Vancouver, went to Buffalo or Mayo Clinic, would that still be queue-jumping? How do you prevent that?

Ms Bégin: Why does not he or she stay there and have the whole operation there? That does not bother me one bit.

Shouldice a conclu une entente de ce genre avec un des hôpitaux généraux situé à proximité, et c'est ce qui lui permet de réaliser des profits. Il est beaucoup plus difficile de faire ce genre de chose dans un hôpital général où vous avez des frais généraux à assumer et une multitude d'opérations à effectuer.

Mme Bégin: Il y a de moins en moins de chambres privées et semi-privées. Je ne sais pas si vous êtes au courant.

Le président: Je le suis.

Mme Bégin: La question devient compliquée. Il y a des laboratoires spécialisés, des laboratoires de pointe qui n'effectuent, par exemple, que des examens IRM. Vous versez 1 000 \$, et on vous fait l'examen. C'est ce qu'on appelle faire du resquillage.

J'aimerais qu'on établisse des règles du jeu, qu'on précise ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas. Je me présente à un laboratoire et je verse 1 000 \$. J'aimerais pouvoir le faire pour une coloscopie, par exemple. J'ai mon dossier le lendemain ou l'après-midi même. J'ai les radiographies. Toutefois, je reviens à Ottawa et je fais du resquillage. C'est inacceptable. À mon avis, c'est le seul principe qui a été clairement défini.

J'ajouterais que nos fonds publics servent, dans une certaine mesure, à assurer la formation des médecins. Les étudiants d'université versent des frais de scolarité, et ceux-ci sont très élevés quand on fait des études en médecine. Toutefois, le contribuable canadien subventionne de façon considérable celles-ci.

Nous devons, par ailleurs, établir des règles pour les médecins qui travaillent aussi bien dans le secteur privé que public. Le médecin X peut être autorisé à travailler pour l'hôpital privé Z, mais aussi pour un hôpital public — nous n'utilisons pas cette terminologie au Canada, mais je m'en sers pour bien me faire comprendre — parce qu'il devra le faire, à l'occasion. Lequel choisira-t-il? La nature humaine étant ce qu'elle est, le médecin choisira de travailler dans une clinique privée. Il faut clarifier les règles à ce chapitre.

Le sénateur LeBreton: Est-ce que le patient qui s'adresse à une clinique privée pour subir un examen IRM, qui paie pour celui-ci et qui apporte la radiographie avec lui fait-il vraiment du resquillage parce qu'il n'a pas été obligé d'attendre six mois? Est-ce nécessairement du resquillage? Et s'il apporte tout simplement la radiographie à son médecin pour qu'il puisse l'examiner immédiatement, au lieu d'attendre six mois pour subir l'examen, est-ce qu'il fait vraiment du resquillage? Est-ce qu'on ne permet pas tout simplement au médecin de faire un diagnostic plus rapidement?

Mme Bégin: Le patient a déjà gagné six mois en passant avant les autres et en payant. Je trouve cela inacceptable. Il s'agit là d'un problème majeur.

Le sénateur Morin: Supposons que le même patient, au lieu d'aller à Vancouver, se rend à Buffalo ou à la clinique Mayo. Est-ce qu'il fait du resquillage? Comment peut-on empêcher cette pratique?

Mme Bégin: Pourquoi ne pas rester là pour subir l'opération? Cela ne me dérange pas du tout.

Senator Morin: In any case, he is queue-jumping by going to the Mayo Clinic.

Ms Bégin: Just a minute. If the patient goes to the United States for a private exam and if the patient stays for the corresponding treatment, I have absolutely no problem with that. However, if the patient comes back to Canada for the free treatment, I have a major problem. It is the same problem I have with the patient going to Vancouver, Montreal or Toronto.

Senator Morin: But he is still queue-jumping?

Ms Bégin: Yes, for the treatment.

Senator Morin: But if the whole treatment were done in Vancouver, would you have objection to that?

Ms Bégin: Of course. It is queue-jumping.

Senator Morin: It is queue-jumping in relation to Ontario, but if he goes to Vancouver and has his treatment —

Ms Bégin: I was Minister of National Revenue before becoming Minister of National Health and Welfare. For me, a buck is a buck is a buck, whether it is in Vancouver or Toronto.

The Chairman: The Carter commission is still alive.

Ms Bégin: Absolutely. Senator Morin, if the test as well as the treatment is entirely in the private sector in Canada, I have no problem. The system has always permitted that. If it is entirely private and no public funding is involved, there is no problem.

However, it never really happened in the past because we did not have the volume of population to sustain such private initiatives. Now, we see it happening through sophisticated expensive tests and through sophisticated single-issue procedures such as the eyes or the orthopaedics or hernias. We have to study that and articulate where it is okay and within what boundaries.

Senator Robertson: The primary care is of great importance to you, Ms Bégin, as it is to many senators. We have had a great deal of information on primary care. A number of witnesses have talked about the importance of primary care. I wish to speak about senior citizens in particular since we have an aging population.

At present, seniors are either in special care homes or at home with a relative. It is usually a female who is helping to look after this senior. There seems to be much warehousing going on, especially with special care homes. That is the information some of us are receiving. However, some of us would like to see a simplification of process. For example, we could consider the situation of an average Canadian citizen living at medium income or around the poverty line, perhaps both partners are working to keep the roof over their heads, but their mother or father may need a bit of supervision. The preference is to keep them at home. They do not have the money to hire help while they are at work and one partner cannot really afford to give up their job even though it may be a job paying minimum wage.

Le sénateur Morin: Quoi qu'il en soit, il passe avant son tour en se rendant à la clinique Mayo.

Mme Bégin: Un instant. Si le patient se rend aux États-Unis pour subir un examen privé et qu'il reste sur place pour se faire soigner, je ne vois rien de mal à cela. Toutefois, s'il revient au Canada pour se faire soigner gratuitement, je ne suis pas d'accord. Le même problème se pose dans le cas du patient qui se rend à Vancouver, Montréal ou Toronto.

Le sénateur Morin: Mais est-ce qu'il fait encore du resquillage?

Mme Bégin: Oui, pour le traitement.

Le sénateur Morin: Mais s'il se faisait soigner à Vancouver, seriez-vous contre?

Mme Bégin: Bien sûr. Ce serait du resquillage.

Le sénateur Morin: C'est de la resquille en ce qui concerne l'Ontario, mais s'il va à Vancouver pour se faire soigner...

Mme Bégin: J'étais ministre du Revenu national avant d'être ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. Pour moi, une ville est une ville, que ce soit Vancouver ou Toronto.

Le président: La commission Carter existe encore.

Mme Bégin: Absolument. Sénateur Morin, si l'analyse et le traitement se font dans le secteur privé au Canada, je n'y vois pas d'inconvénient. Le système a toujours permis cela. Si c'est entièrement privé, sans apport de fonds publics, il n'y a pas de problème.

Cependant, ce n'est jamais vraiment arrivé dans le passé, parce que nous n'avions pas assez de population pour soutenir ce genre d'initiatives privées. Maintenant, nous voyons que cela arrive, avec ces analyses coûteuses et sophistiquées et des procédures spécialisées sophistiquées, comme en orthopédie, en ophtalmologie ou pour les hernies. Nous devons examiner la question et décider ce qui est acceptable, selon quelles limites.

Le sénateur Robertson: Les soins de santé primaires ont beaucoup d'importance pour vous, madame Bégin, comme pour de nombreux sénateurs. Nous avons reçu beaucoup d'information sur les soins primaires. Plusieurs témoins ont souligné leur importance. J'aimerais parler des aînés en particulier, puisque notre population vieillit.

Actuellement, les aînés sont soit dans des foyers de soins spécialisés, soit chez eux, avec un parent. C'est généralement une femme qui s'en occupe. On dirait qu'il y a beaucoup d'entreposage, particulièrement en ce qui concerne les foyers de soins spécialisés. C'est ce que certains d'entre nous entendons dire. Cependant, nous sommes plusieurs à espérer la simplification du processus. Par exemple, nous pourrions examiner la situation d'un citoyen canadien moyen, qui a un revenu moyen ou proche du seuil de la pauvreté, ou peut-être un couple dont les deux membres travaillent pour essayer de garder un toit sur leur tête, mais il se pourrait que leur père ou leur mère ait besoin d'un peu de supervision. Le mieux, c'est que les aînés puissent rester chez eux. Ils n'ont pas l'argent pour embaucher de

Considering the diversity and ethnicity in small communities or large communities, instead of spending more money and building buildings to stick people in where they sit and wait to die, would it not be an appropriate role for the federal government to consider financial support to such families? In this situation, where they have support from their children, seniors are kept out of institutions. Of course, in order to be successful in their application, there would need to be careful screening.

Is there a possibility of some other methodology rather than the institutional model and making an attempt to keep people in their homes where they are happier, they live longer and stay healthier?

Ms Bégin: The obvious avenue that comes to mind is revenue through a tax deduction or tax credit, but there are expenditures just the same. I am not privy to any intelligence as to a possible cost in the country. However, I already know that there will be quite an ideological debate on the legitimacy of claims.

Perhaps I spoke too fast when I said I was Minister of National Revenue. I do not know today what the situation is for such tax recognition of handicapped children or dependants. There is something. We see that on the tax form but I am not familiar enough with the way it works now. I do not know how a person proves that they are a handicapped dependent person. At least I know it is provable.

The ideological debate will be two-pronged; First, there will be concern about the legitimacy of claims and how to ensure the system is not abused. The second point is that the whole debate of a tax credit for a mother at home would come back into the open. You are saying that both caregivers need to work full time. If they are required to prove that they cannot simply accommodate that additional caregiving role, there will be an ideological debate to which I do not know the outcome.

It is feasible through the tax system. It could probably be on the honour system, unless a medical assessment is made. I do not know. That would be something to explore.

Senator Robertson: As far as the tax circumstance is concerned, when you consider the cost that has been paid to nursing homes and special care homes by governments, there might be a balancing act there.

Ms Bégin: Are you are saying that it would be both federal and provincial?

Senator Robertson: I have no answer to that.

Senator Callbeck: Ms Bégin, thank you for coming again and sharing your expertise.

l'aide pendant qu'ils sont au travail, et l'un des membres du couple ne peut pas vraiment se permettre d'abandonner son emploi, même s'il n'est payé qu'au salaire minimum.

À la lumière de la diversité et de l'ethnicité des petites ou des grandes communautés, plutôt que de dépenser plus d'argent et de construire des établissements pour y entasser des gens qui ne feront qu'y attendre la mort, est-ce que le gouvernement fédéral ne devrait pas plutôt envisager d'accorder un soutien financier à ces familles? Dans cette situation, lorsqu'ils ont le soutien de leurs enfants, les aînés n'ont pas besoin d'aller dans ces établissements. Bien sûr, pour que cela fonctionne, il faudrait un contrôle minutieux.

Pourrait-il exister un autre moyen, au lieu du modèle institutionnel, pour essayer de laisser les gens chez eux, où ils sont plus heureux, où ils vivent plus longtemps et en meilleure santé?

Mme Bégin: Le moyen le plus évident qui vienne à l'esprit est celui d'un revenu par le biais d'une déduction fiscale ou d'un crédit fiscal, mais il n'en reste pas moins qu'il y a des frais. Je ne suis au courant d'aucune information sur les coûts possibles, dans le pays; par contre, je sais déjà qu'il y a aura un long débat idéologique sur la légitimité des réclamations.

Peut-être ai-je parlé trop vite lorsque je disais que j'étais ministre du Revenu national. Je ne connais pas la situation d'aujourd'hui en ce qui concerne la reconnaissance fiscale des enfants handicapés ou des personnes à charge. Il y a quelque chose. Nous le voyons bien sur la formule de déclaration d'impôt, mais je ne sais plus vraiment comment cela fonctionnement maintenant. Je ne sais pas comment quelqu'un peut prouver qu'il est handicapé ou à charge. Mais au moins, je sais que cela peut être prouvé.

Le débat idéologique sera sur deux fronts; tout d'abord, des préoccupations seront exprimées sur la légitimité des réclamations et la manière de s'assurer qu'il n'y a pas d'abus du système. La deuxième chose, c'est que toute le débat sur le crédit fiscal pour la mère au foyer referait surface. Vous dites que les deux membres du couple doivent travailler à temps plein. S'il leur faut prouver qu'ils ne peuvent tout simplement pas tenir ce rôle additionnel de soignant, il y aura un débat idéologique dont je ne connais pas l'issue.

C'est faisable par l'entremise du système fiscal. Ce serait probablement en vertu d'un régime de confiance, à moins qu'une évaluation médicale soit faite. Je ne sais pas. Ce serait quelque chose à explorer.

Le sénateur Robertson: Pour ce qui est de la situation fiscale, si on pense à ce qu'ont coûté aux gouvernements les foyers d'accueil et les établissements de soins spécialisés, il y aurait probablement un certain équilibre à trouver.

Mme Bégin: Est-ce que vous dites que ce pourrait être au niveau fédéral et provincial?

Le sénateur Robertson: Je n'ai pas de réponse à cela.

Le sénateur Callbeck: Madame Bégin, merci d'être venue encore une fois nous faire profiter de votre expertise.

You have commented on a number of the principles that we laid out in our report. However, you have not commented on principle 20, where we set waiting times for each major procedure or treatment.

The Chairman: The care guarantee principle.

Senator Callbeck: If that maximum time is reached then the patient can go out of the province or to another country and the government will be required to pay for the treatment.

The Chairman: Principle 20 is the maximum waiting time that says essentially for all major procedures there would be a maximum waiting time and when a patient has reached the maximum waiting time the insurer — the government — would then have to pay to get that procedure done immediately.

Ms Bégin: Senator Callbeck, in September 2000 a group of which I am a member published a collective text. We did not spell out what the punishment would be for the unacceptable waiting list. I love what is here, the general idea I like very much, and I said I agreed with these principles.

With respect to the exact practical penalty that you spell out — which is that they should pay for treatment elsewhere — I would like to hear views as to possible distortion. At first reading, I find that a great idea.

In our text, published under the Institute for Research on Public Policy and modestly entitled "Recommendations to First Ministers" — the chapter in which we recommend a patient charter was inspired by the U.K. situation and their patient charter. By the way, it takes an ombudsperson at the other end to ensure it is respected.

The idea is that for certain diseases with high incidence such as cardiac care or breast cancer, we can isolate a certain number of disease conditions in which the processes are well known. By "processes," I mean what is the acceptable time of waiting and what is not acceptable, et cetera. It is not just about being on the waiting list for the first, but also for all the subsequent steps that follow. If that is not respected something should be done.

The committee went one step further than we did and said what should be done. On the face of it I approve, but I am not equipped to judge the indirect consequences that I do not know.

It is a great image that you gave the public. That is very important.

Senator Callbeck: Another question I have is on your brief. You mentioned that in the health care system there is actually a potential saving there of 15 per cent if there were some very simple steps taken. I had not seen that 15 per cent before. Is that from a study?

Ms Bégin: That comes from the famous Queen's study, for which I have given the reference there.

Vous avez parlé de plusieurs des principes que nous avons exposés dans notre rapport. Cependant, vous n'avez rien dit sur le principe 20, où nous fixons des délais d'attente pour chaque type de procédure ou de traitement majeur.

Le président: Le principe de garantie des soins.

Le sénateur Callbeck: Si ce délai maximum est atteint, alors, le patient peut sortir de la province ou aller à l'étranger et le gouvernement devra engager les dépenses nécessaires pour son traitement.

Le président: Le principe 20 est le délai d'attente maximum, et en gros, c'est que pour toutes les interventions importantes, il y aurait un délai maximum d'attente et lorsque le délai est dépassé, l'assureur — le gouvernement — devrait payer pour que le patient bénéficie immédiatement de l'intervention ou du traitement.

Mme Bégin: Madame le sénateur, en septembre 2000, un groupe dont je suis membre a publié un texte collectif. Nous ne disions pas exactement ce que serait la conséquence d'un délai d'attente inacceptable. J'adore ce qu'il y a ici, j'aime beaucoup le concept général, et j'ai déjà dit que je suis d'accord avec ces principes.

En ce qui concerne la pénalité concrète et exacte dont vous parlez — soit qu'il faudrait payer pour le traitement reçu ailleurs — j'aimerais entendre les points de vue sur une distorsion possible. À première vue, je trouve que c'est une excellente idée.

Dans notre texte, publié sous l'égide de l'Institut de recherche en politiques publiques et modestement intitulé «Recommandations aux premiers ministres» — le chapitre où nous recommandons une charte des patients s'inspire de la situation du Royaume-Uni et de sa charte des patients. En passant, il faut un protecteur du citoyen en bout de ligne qui veille au respect de la charte.

L'idée, c'est que pour certaines maladies à forte incidence, comme les maladies cardiaques ou le cancer du sein, nous pouvons isoler un certain nombre d'états liés à la maladie dont le cheminement est bien connu. Par «cheminement», j'entends le délai d'attente acceptable ou inacceptable, et cetera. Il ne s'agit pas seulement d'être sur la liste d'attente pour la première étape, mais aussi pour toutes les étapes subséquentes. Si ce n'est pas respecté, il faudrait faire quelque chose.

Le comité est allé plus loin que nous en disant ce qu'il faudrait faire. À première vue, je suis d'accord, mais je ne suis pas en mesure de juger des conséquences indirectes de ce que je ne sais pas.

Vous avez donné au public une excellente image. C'est très important.

Le sénateur Callbeck: J'ai une autre question, au sujet de votre mémoire. Vous avez dit que le système de soins de santé présente actuellement un potentiel d'économie de 15 p. 100 si des mesures très simples étaient prises. Je n'ai jamais vu ce 15 p. 100 auparavant. Est-ce que cela vient d'une étude?

Mme Bégin: C'est tiré de la fameuse étude de Queen's, dont je vous ai donné les références.

Senator Callbeck: Yes, I see that in the next paragraph. You agree that if the health care system is expanded to take in home care and pharmacare, there needs to be new funding?

Ms Bégin: Yes.

Senator Callbeck: I would like to hear your comments as to how you think the system should get that new funding. For example, the C.D. Howe Institute came out recently with a report saying that Canadians should pay a new tax based on what they have cost the medicare system that year, and that any family making \$10,000 or less would not have to pay; there would be a cap on it of 3 per cent. I would like to get your comments on that proposal, as well as any others you might want to mention.

Ms Bégin: I got the text from the Web. I printed it and started reading it, but did not have the time to study it. My comments are based on a superficial understanding based on the way the media reported it.

The idea is well-known. I find it totally unacceptable. It is really a tax on disease. I do not find it interesting to consider at all.

How would I see new funding? First, between the two, home care and pharmacare, I am tempted to think that home care is more urgent, but I am not certain. I do not have recent figures. However, shortly after the National Forum on Health released their report in February 1996, I believe, the Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada had a report prepared by a group of economists. I think the figure of non-insured Canadians — Canadians who have absolutely no access to drug insurance at all — is a relatively low percentage, a little less than 20 per cent.

I do not know today's figures. Maybe that is what tainted my idea that home care may be more urgent. When I say that, people, especially seniors, tell me, "No, it is drugs." I am sorry; I am unable to make a choice. I still think maybe home care is a little more urgent, because some insurance does exist for pharmacare.

Can I backtrack a minute? I am not shocked at all. I expressed it in my short brief by the fact that in most European countries, people do have to pay a little something out-of-pocket every year. It is historical. However, they have much broader coverage. In Canada, we did it in another way. For what we call medicare, I would not accept any surcharges of any kind. For home care and pharmacare, which are new programs to Canadians, I would see room for some out-of-pocket contribution. I do not know how much and in what form. However, I think it should remain manageable. The idea is to help people in an equitable fashion. Past that point, I do not think I can tell you more.

Le sénateur Callbeck: Oui, je le vois dans le paragraphe suivant. Vous êtes d'accord que si le système de soins de santé est élargi pour englober les soins à domicile et les médicaments, il faudra une nouvelle forme de financement?

Mme Bégin: Oui.

Le sénateur Callbeck: J'aimerais entendre d'où, à votre avis. pourrait provenir ce nouveau financement. Par exemple, l'Institut C.D. Howe a diffusé récemment un rapport qui disait que les Canadiens devraient verser une nouvelle taxe d'après ce qu'ils ont coûté au système d'assurance-médicaments cette année-là, et que toute famille dont le revenu est inférieur à 10 000 \$ ne devrait pas avoir à payer cette taxe; il y aurait un plafond de 3 p. 100. J'aimerais savoir ce que vous pensez de cette proposition, et entendre tout autre commentaire que vous auriez à faire.

Mme Bégin: J'ai trouvé le texte sur le Web. Je l'ai imprimé et j'ai commencé à le lire, mais je n'ai pas eu le temps de l'analyser. Mes commentaires sont fondés sur une perception superficielle, elle-même fondée sur la manière dont les médias en ont traité.

Le concept est bien connu. Je le trouve tout à fait inacceptable. C'est vraiment taxer la maladie. Je ne trouve absolument aucun intérêt à l'envisager.

Comment je verrais le nouveau financement? Tout d'abord, entre les deux, les soins à domicile et l'assurance-médicaments, je suis tentée de penser que les soins à domicile sont plus urgents, mais je n'en suis pas absolument sûre. Je n'ai pas de chiffres récents. Cependant, peu après que le Fonds national sur la santé ait diffusé son rapport, en 1996, je crois, l'Association canadienne de l'industrie du médicament a fait préparer un rapport par un groupe d'économistes. Je pense que le nombre de Canadiens — ceux qui n'ont absolument aucun accès à l'assurance-médicaments - est relativement faible, un peu moins de 20 p. 100.

Je ne connais pas les chiffres d'aujourd'hui. Peut-être est-ce ce qui m'a portée à penser que le concept des soins à domicile peut être plus urgent. Quand je dis cela, les gens, particulièrement les aînés me disent «non, ce sont les médicaments». Je regrette; je ne suis pas en mesure de faire un choix. Je pense encore que les soins à domicile sont peut-être un peu plus urgents, parce qu'il y a déjà une certaine assurance pour les médicaments.

Est-ce que je peux faire marche arrière un moment? Je ne suis absolument pas choquée. Je l'ai exprimé dans mon bref mémoire, en rappelant que dans la plupart des pays de l'Europe, les gens doivent tout de même verser quelque chose de leur poche chaque année. Cela a toujours été ainsi. Cependant, ils ont beaucoup plus de protection. Au Canada, nous nous y sommes pris autrement. Pour ce que nous appelions auparavant l'assurance-maladie, je n'accepterais aucune surtaxe, d'aucune sorte. Pour les soins à domicile et l'assurance-médicaments, qui sont de nouveaux programmes pour les Canadiens, j'estime qu'il pourrait y avoir place pour une certaine participation aux frais. Je ne sais pas combien, ni sous quelle forme. Cependant, je pense que cela devrait rester gérable. L'idée, c'est d'aider les gens de façon équitable. Au-delà de cela, je ne pense pas pouvoir vous en dire plus.

I strongly disagree with the Chair of this committee, whom I came to know when I was a minister and he was a senior official in finance, who thinks there is no additional money out of public funding. I happen not to believe that. I believe it is a question of priorities. In September, we suddenly found many billions.

It is crystal clear. Every senior civil servant around cabinet committee tables, and even ministers who copy them, used to refer to the Department of National Health and Welfare as the non-productive department. That is their view. The rest follows.

However, it is just not true. There is money. It is question of choice and priorities.

Senator Roche: I want you to note that Monique Bégin and I entered Parliament for the first time together 30 years ago this year. I have been an admirer of her from that day to this. I have two questions, or maybe only one and a half, as you have started on home care.

Like you, Ms Bégin, I favour a comprehensive home care program and giving it priority over pharmacare, although I would like to have both.

Mr. Chairman, the witness introduced a very interesting idea when she referred to European instances of what she called "out-of-pocket expenses." She applied that to new programs. She would not accept it for ongoing programs, but for a new program — in this case home care — she would allow out-of-pocket expenses, otherwise known as user fees.

Ms Bégin: That is not necessarily so. There can be co-payments or be other, very different approaches. That is why I used the generic word, "out-of-pocket."

Senator Roche: I will accept that. If the restructuring of health care will cost money and we are going to ask Canadians to pay more money in some form, will we not have to explain in understandable terms why more money is needed in the system? If we introduce home care, then people will understand something new is being added. However, if they are paying through taxes for the additional home care, can we then expect them to pay out-of-pocket expenses?

I would like you to address that in the context of what you think would be a ballpark figure for how much the home care program would cost in Canada. I will stop there.

Ms Bégin: I cannot answer that. I have absolutely no idea. However, I want to clarify, before we go any further, the use of the word "restructuring." When I speak of the restructuring of what we call medicare under the Canada Health Act, it is crystal clear to me — and I hope I expressed it clearly in writing — that the existing funding should cover more than doctors and hospitals. It should include all primary care, all rehab care, some chronic care — I say "some" because there are the boundaries between chronic and home care at one point — and

Je ne suis absolument pas d'accord avec le président de ce comité, que j'ai connu alors que j'étais ministre et qu'il était cadre supérieur aux finances, et qui pense qu'il n'y a plus d'argent pour le financement. Il se trouve que je ne suis pas d'accord. Je crois que c'est une question de priorités. En septembre, nous avons soudainement trouvé tout un tas de milliards.

C'est clair comme de l'eau de roche. Tous les cadres supérieurs de la fonction publique membres des comités du Cabinet, même les ministres qui les copient, parlaient auparavant du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social comme d'un ministère non productif. C'est ainsi qu'ils le voient. Le reste suit.

Pourtant, ce n'est tout simplement pas vrai. Il y a de l'argent. C'est une question de choix et de priorités.

Le sénateur Roche: J'aimerais vous faire remarquer que Monique Bégin et moi sommes arrivés au Parlement ensemble, il y a trente ans cette année. Je l'ai toujours admirée. J'ai deux questions, ou peut-être une et demie, puisque vous avez déjà parlé des soins à domicile.

Comme vous, madame Bégin, je suis en faveur d'un programme exhaustif de soins à domicile, et pour lui donner la priorité sur l'assurance-médicaments, bien que je préférerais avoir les deux.

Monsieur le président, le témoin a abordé un concept très intéressant lorsqu'elle a parlé des exemples européens de ce qu'elle a appelé la «participation aux frais». C'était au sujet des nouveaux programmes. Elle ne l'accepterait pas pour les programmes qui existent déjà, mais pour un nouveau programme — en l'occurrence, les soins à domicile — elle permettrait la participation aux frais, appelée aussi le ticket modérateur.

Mme Bégin: Ce n'est pas nécessairement cela. Ce pourrait être une quote-part, ou d'autres approches, très différentes. C'est pourquoi j'ai utilisé l'expression très générale «participation aux frais».

Le sénateur Roche: D'accord. Si la restructuration du système de santé doit coûter de l'argent et que nous devons demander aux Canadiens de payer plus sous une certaine forme, n'aurons-nous pas à expliquer en termes clairs pourquoi il faut plus d'argent dans le système? Si nous adoptons les soins à domicile, peut-être les gens comprendraient-ils que quelque chose de nouveau s'ajoute. Cependant, s'ils payent, par l'entremise de l'impôt, pour les soins à domicile additionnels, pouvons-nous nous attendre à qu'ils participent aux frais?

J'aimerais que vous en parliez dans le contexte de ce que vous pensez être le chiffre approximatif de ce que pourrait coûter le programme de soins à domicile au Canada. Je n'irai pas plus loin.

Mme Bégin: Je ne peux pas vous répondre. Je n'en ai absolument aucune idée. Cependant, j'aimerais clarifier, avant que nous n'allions plus loin, le sens du terme «restructuration». Lorsque je parle de restructurer ce que nous appelons le régime d'assurance maladie prévu par la Loi canadienne sur la santé, c'est clair comme de l'eau de roche pour moi — et j'espère l'avoir clairement fait comprendre par écrit — que le financement actuel devrait couvrir plus que les médecins et les hôpitaux. Il faudrait qu'il couvre tous les soins primaires, les soins de réadaptation,

mental health, which technically now is not covered by the Canada Health Act. That does not require new funding. The potential savings of some 15 per cent should cover that easily. This is being done right now.

Senator Roche: Can home care be inserted into a restructuring program that includes primary care and rehabilitation? Can the system afford this addition?

Ms Bégin: That is for you to decide. You are equipped to study that. I am not. I have never seen the cost of home care. I do not think that a satisfactory study exists of the inventory of private care, does it?

Senator LeBreton: No, it does not.

Ms Bégin: I believe the University of Toronto is doing some work on that. I am not sure. It does not even exist. Ideally for me, there would be a new Canada Health Act covering the spectrum of medicare, home care and pharmacare under the same rules of the game.

Senator Roche: Okay.

Ms Bégin: I do not think that will ever happen because in home care and in Pharmacare where we did not move 10 or 15 years ago when we probably might have done it, the private sector is in it in an important way. We have to respect that. Some of them have done great jobs. Separate parallel legislation probably will have to be designed — perhaps with the same five principles; I am not sure. You have to study that.

I assume that additional funding will be needed. Say that we go universal pharmacare and universal health care, the majority of Canadians will say that what they pay out of this pocket to a private something they will now pay from that pocket to a public something. They are no fools. It is their money, and it is the same money probably. Only for some Canadians who do not have access because of lack of resources, would it will be a real additional funding.

Senator Roche: On the question of additional funding that the system needs, do you think it has been exaggerated or overstated that the system presently is unsustainable?

Ms Bégin: I totally disagree with that. Rather, I think I disagree with that statement of your committee, and I wrote on that. I am not sure because you are not completely clear on page 62.

You start with a very strong assumption that it is not sustainable across the board. I believe you are talking about the existing hospital system. Then, at the top of page 62 you say that obviously "some expansion of coverage — to close gaps in the health care safety net — is required..." That means more money. I

certains traitements des malades chroniques — et je dis «certains» parce qu'il y a des limites entre les maladies chroniques et les soins à domicile à un moment donné — et la santé mentale qui, en principe, est actuellement couverte par la Loi canadienne sur la santé. Cela ne nécessite pas de nouveaux fonds. Les économies potentielles de quelque 15 p. 100 devraient facilement le couvrir. Cela se fait actuellement.

Le sénateur Roche: Est-ce que les soins à domicile peuvent s'insérer dans un programme de restructuration qui englobe les soins primaires et la réadaptation? Est-ce que le système peut supporter cet ajout?

Mme Bégin: C'est à vous d'en décider. Vous êtes équipés pour étudier cette question, pas moi. Je n'ai jamais vu ce que coûtent les soins à domicile. Je ne pense pas qu'une étude satisfaisante ait été faite sur l'inventaire des soins privés. Y en a-t-il?

Le sénateur LeBreton: Non, il n'y en a pas.

Mme Bégin: Je crois que l'Université de Toronto fait certains travaux sur la question. Je n'en suis pas sûre. Cela n'existe même pas. Idéalement, pour moi, il y aurait une nouvelle Loi canadienne sur la santé qui couvrirait toute la gamme des soins de santé, des soins à domicile et des médicaments, sous les mêmes règles.

Le sénateur Roche: D'accord.

Mme Bégin: Je ne crois pas que cela puisse jamais arriver parce que pour ce qui est des créneaux des soins à domicile et de l'assurance médicaments, pour lesquels nous n'avons rien fait il y a 10 ou 15 ans, alors que c'était probablement le temps d'agir, le secteur privé s'en est emparé. Nous devons le respecter. Certains ont fait un excellent travail. Il faudra probablement formuler des lois parallèles distinctes — peut-être avec les cinq mêmes principes; je n'en suis pas sûre. C'est à vous d'examiner la question.

Je présume qu'il faudra des fonds additionnels. Disons que nous adoptions un régime universel d'assurance médicaments et de soins de santé, la majorité des Canadiens diront que ce qu'ils payent de leur poche à une compagnie privée, ils le verseront maintenant à une société d'État. Ils ne sont pas bêtes. C'est leur argent, et c'est probablement le même argent. Ce n'est que pour les Canadiens qui n'ont pas accès à cause du manque de ressources que cela constituera réellement un financement additionnel.

Le sénateur Roche: Au sujet du financement additionnel dont le système a besoin, pensez-vous qu'il soit exagéré de dire que le système actuel est insoutenable?

Mme Bégin: Je ne suis absolument pas d'accord avec cela. Ou plutôt, je crois que je ne suis pas d'accord avec cet énoncé de votre comité, et j'en ai parlé par écrit. Je n'en suis pas sûre, parce que vous n'êtes pas tout à fait clairs, à la page 65.

Pour commencer, vous affirmez fermement que ce n'est pas soutenable sur tous les plans. Je crois que vous parlez du système actuel des hôpitaux. Et puis, au milieu de la page 65, vous dites que «cela exige un élargissement de la couverture pour combler les lacunes du système actuel». C'est donc qu'il faut plus d'argent. Je

do not know what you mean by "expanded coverage." I have spelled out what I think. I do not know what you think, I am sorry. I cannot answer.

Senator Roche: On the question of costs, could I draw the attention of the research staff to this report that was referred to in *The Globe and Mail* today published by the Canadian Centre for Policy Alternatives of Ontario. I do not know anything about them. They have published a study that says, with respect to Ontario, that the charge that the system overextended is inflated. In other words, it is presently sustainable. I would like the research people to look at that.

The Chairman: Sure.

Senator Roche: One final question. I want to draw on Madam Bégin's political instincts in respect of federal-provincial relations. If the restructuring of the system requires more money, could that additional cost be split between the federal and the provincial governments, or is the federal government going to have to pay everything and raise the money accordingly?

We have been told that the provinces think they are maxed out in their present expenditures on health care and would not welcome any additional expenditure on a restructuring system. What is your reading of federal-provincial relations as to whether a cost sharing formula for additional costs for restructuring is viable?

Ms Bégin: Again, I do not know exactly what you have in mind in terms of restructuring. I wrote this at the end of February:

As was emphatically stated last week at the McGill Conference on Health Care in Canada, when health care budgets represent 40 per cent going on 50 per cent of provincial resources, we must ask ourselves questions about balance.

I went on to say that when Canada fixed the public finances—and I think Paul Martin did an essential and great job— a result of that was a sum of \$30 billion taken out of health care in the country. We were not the only ones having to put our financial house in order. Most countries did the same, except that Canada did it particularly well. However, our cuts to health care were the most brutal of all the OECD countries. We should put that into perspective.

Everyone knows what I think of the Established Programs Financing, EPF and the CCST. The EPF politically may not have been avoided in the mid-1970s, but it is a huge political mistake. It is more than political; it has been a nightmare. I did not know that I would be stuck with the consequences of it as a minister. It is still a problem.

ne sais pas ce que vous entendez par «élargissement de la couverture». J'ai dit exactement ce que je pense. Je ne sais pas ce que vous pensez, je regrette. Je ne peux pas vous répondre.

Le sénateur Roche: Au sujet des coûts, est-ce que je peux attirer l'attention des attachés de recherche sur ce rapport dont il a été question dans le Globe and Mail d'aujourd'hui, qui est publié par le Centre canadien des politiques alternatives de l'Ontario? Je ne sais rien d'eux. Ils ont publié une étude selon laquelle, au sujet de l'Ontario, l'affirmation que le système a dépassé ses moyens financiers est exagérée. Autrement dit, il est actuellement soutenable. J'aimerais que les attachés de recherche examinent cela.

Le président: Certainement.

Le sénateur Roche: Une dernière question. J'aimerais mettre à profit l'instinct politique de Mme Bégin en matière de relations fédérales-provinciales. Si la restructuration du système exige plus d'argent, est-ce que les coûts additionnels pourront être partagés entre les gouvernements fédéral ou provinciaux ou est-ce que le gouvernement fédéral devra payer la totalité de la note et trouver l'argent nécessaire?

On nous a dit que les provinces faisaient actuellement le maximum dans le domaine des soins de santé et qu'elles ne verraient pas d'un bon oeil toute nouvelle dépense liée à la restructuration du système. D'après ce que vous savez des relations fédérales-provinciales, est-ce qu'une formule de partage des coûts pour les dépenses additionnelles de restructuration serait viable?

Mme Bégin: Encore une fois, je ne sais pas exactement ce que vous avez à l'esprit lorsque vous parlez de restructuration. J'ai écrit ceci à la fin de février:

Comme on l'a abondamment souligné la semaine dernière à la conférence de McGill sur les soins de santé au Canada, lorsque les budgets affectés aux soins de santé avalent plus de 40 p. 100 et même presque 50 p. 100 des ressources provinciales, il faut se poser des questions sur l'équilibre.

J'ai enchaîné en disant que lorsque le Canada a mis de l'ordre dans les finances publiques — et je crois que Paul Martin a fait un travail excellent et essentiel — c'est 30 milliards de dollars qui ont été soustraits du budget de la santé au pays. Nous n'étions pas les seuls à devoir mettre de l'ordre dans nos finances et la plupart des pays en ont fait autant, sauf que le Canada s'en est particulièrement bien tiré. Cependant, les réductions effectuées dans le domaine de la santé ont été plus brutales ici que dans tous les autres pays de l'OCDE. Il faut mettre cela en perspective.

Tout le monde sait ce que je pense du Financement des programmes établis — FPE — et du TCSPS. Il est possible que politiquement, il n'ait pas été possible d'éviter le FPE au milieu des années 70, mais il s'agit d'une énorme erreur politique. Plus qu'une erreur politique, un véritable cauchemar. J'ignorais que j'allais en subir les conséquences à titre de ministre, et c'est encore un problème aujourd'hui.

The Ontario TV publicity campaign regarding the percentage the province and the feds put in for health care was vicious and against the common good. Canadians do not want to see things like that going on.

We should revert back to a 50-50 share, ideally. The feds are seen and are still collecting taxes and should help the provinces. It is the notion of transfer payments between regions of the country. It is also sharing. It is about choices, values, priorities and good use of the spending powers, as far as I am concerned. The feds should increase their contribution proportionately. It is so important in terms of accountability that the public should see ideally a 50-50 sharing, but I think we could start with 25 per cent and go up, slowly increasing the federal share.

Senator Roche: Thank you.

Senator Fairbairn: It is good to see you again. I should say the value you bring to these meetings is great. Every time I go into an airport, I see Madam Bégin rushing to yet another meeting somewhere in the country. She probably has a more intimate input from various organizations than we do.

My concern is on the issue that we were just discussing. I agree completely with you completely, particularly when you look at the demographics. It has never been a secret. The demographics suggest that the issue of home care becomes almost a mandatory addition to the umbrella of our health care system because of the large number of senior citizens we will be having across our country. Our country will not be able to sustain the care of that part of our population unless there is a significant change that enables people to live in more healthy ways in their homes.

As to the notion of opening up the Health Act, I suppose the challenge — I would like your thoughts on this — will be that if this were to take place, we do not want to lose the five principles that are there. One would have to be very clear, persuasive, and careful to bring home care in as another principle. It would have to be enshrined in there so it carries virtually the same weight. People will say this will be impossible.

On the other hand, as I was listening to the conversation back and forth, people were saying the social union that was negotiated, the agreement between the federal government and the provinces a few years ago, was impossible. It turned out not to be. It is the reality of having to share some stuff that, in the past, you would have said, "No, that is our jurisdiction; it is not yours." That may be a positive element in the notion of what you refer to as restructuring.

As far as the home care is concerned, I agree with you that it is most important, because it is happening now, and not well. It may be better in some provinces. People always tell me it is better in La campagne publicitaire télévisée en Ontario portant sur la part des dépenses en matière de soins de santé assumée respectivement par la province et le fédéral était malveillante et allait à l'encontre de l'intérêt commun. Les Canadiens ne veulent pas que des choses comme celles-là continuent de se produire.

Idéalement, nous devrions revenir à un partage à parts égales. Le gouvernement fédéral continue de percevoir des taxes au vu et au su de tous les Canadiens et devrait aider les provinces. C'est la notion de paiements de transfert entre les régions du pays. C'est également le partage. À mon avis, il est ici question de choix, de valeurs, de priorités et d'une sage utilisation du pouvoir de dépenser. Le gouvernement fédéral devrait accroître sa contribution proportionnellement. En termes de reddition de comptes, il est si important aux yeux du public d'arriver à un partage à parts égales; c'est bien sûr la solution idéale, mais je crois que nous pourrions commencer par 25 p. 100 pour ensuite augmenter graduellement la proportion du gouvernement fédéral.

Le sénateur Roche: Merci.

Le sénateur Fairbairn: C'est un plaisir que de vous recevoir de nouveau et je dois vous dire que votre contribution à nos réunions est précieuse. Chaque fois que je vais dans un aéroport, je rencontre Mme Bégin qui se précipite vers un autre lieu de réunion quelque part au pays. Il est probable que de nombreux organismes se confient d'une manière plus intime à elle qu'à nous.

Ma préoccupation porte sur la question dont nous discutons présentement. Je suis parfaitement d'accord avec vous, surtout si l'on considère les données démographiques. Cela n'a jamais été un secret. Les données démographiques donnent à penser que les soins à domicile deviennent un ajout presque obligatoire au système de soins de santé en raison du très grand nombre de citoyens âgés que compte le pays. Or, ce pays ne sera pas en mesure d'assurer des soins à cette partie de la population si aucun changement important n'intervient, permettant aux gens de vivre à domicile d'une manière plus saine.

Au fur et à mesure que l'idée d'un réexamen de la Loi sur la santé fait son chemin, je suppose que le défi — et j'aimerais avoir votre opinion là-dessus — sera de préserver les cinq grands principes à la base de cette loi. Il faudra se montrer à la fois très précis, très persuasif et très prudent pour parvenir à inclure les soins à domicile parmi ces principes. Ce nouveau principe devra être inscrit dans la loi pour qu'il ait virtuellement le même poids que les autres. Certains vous diront que c'est impossible.

D'un autre côté, alors que j'écoutais les différents échanges, je suis arrivée à la conclusion que d'après certaines personnes, le pacte social négocié il y a quelques années entre le gouvernement fédéral et les provinces était impossible. Pourtant, il s'est avéré que ce n'est pas le cas. La réalité, c'est que nous avons à partager certaines choses à propos desquelles, dans le passé, nous aurions dit: «Non, cette activité relève de notre compétence et non de la vôtre». Cela peut être un élément positif dans ce que vous appelez la restructuration.

En ce qui concerne les soins à domicile, je conviens avec vous que cette question est de la plus haute importance parce qu'elle se pose maintenant et que les choses ne vont pas très bien. Peut-être Alberta. I am not sure of that. If it is, then people in Prince Edward Island and Newfoundland ought to be able to access that same level.

I am wondering what your thoughts are on that tricky part where you get people around a table and try to pull in this element that would involve money. If you are seriously talking about national home care, I do not see how that can happen in our system unless both the provinces and the federal government see that it is in their best interests to team up on it.

Ms Bégin: Yes. The question is entirely in the realm of politics, not just public policies.

In my opinion, the time is ripe for reopening the Canada Health Act without losing what we already have. That is my political sense, for what it is worth.

If you think of the sequence of events, the Romanow Commission will be reporting and so will your committee. Until now, and despite the best efforts of both institutions, I do not think there has yet been enough public debate. That is an urgent matter for all sorts of reasons. I deplore that it has not yet reached the level it should have reached.

You will be reporting. The government will have to do some homework on the reports. A proposition will be made to the public. It may hit an election period on top of it all — which is certainly not ideal for a complex issue because elections are a Manichean exercise of good and bad, black and white, the usual oversimplification of issues.

Someone will have to manage it, and that is political leadership. Technical knowledge will be needed to translate it into concrete proposals and costs and to make a choice of recommendations that become public policies. Political leadership will be a key ingredient to pilot and manage the dossier in the public opinion. Past that point, I am speaking in theory.

Senator Fairbairn: I would agree with that, particularly on the issue of home care. This is almost an ideal issue that might well more easily become a part of public discussion because of the fact that it is happening in most households in one way or another.

In your notes, you talk about the continuing care through the hospital system and into the home. That is one of the difficult issues that is definitely attached to the larger home care issue. It may just be the kind of area that, if managed openly, honestly and with great skill, the public in this country can understand and perhaps influence.

Ms Bégin: You are making a very good point in strategic and tactical terms. If home care were to be isolated as one important new program that came to the public's attention through federal-

les choses se passent-elles mieux dans certaines provinces, car on me dit toujours que c'est mieux en Alberta. Je n'en suis pas sûre, mais si tel est le cas, alors les gens de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve devraient pouvoir accéder au même niveau de soins.

J'aimerais savoir ce que vous pensez de l'entreprise délicate qui consiste à réunir des gens autour d'une table pour faire valoir cet élément qui suppose que l'on dépense de l'argent. Si vous parlez sérieusement d'un programme national de soins à domicile, je ne vois pas comment une telle initiative est possible dans notre système tant et aussi longtemps que les provinces et le gouvernement fédéral n'auront pas compris qu'il est dans leur intérêt de s'unir pour faire face au problème.

Mme Bégin: Oui. La question s'inscrit entièrement dans le domaine de la politique et non seulement dans le domaine des politiques gouvernementales.

À mon avis, le moment est maintenant bien choisi pour réexaminer la Loi canadienne sur la santé sans perdre les acquis. C'est là mon flair politique, pour ce qu'il vaut.

Si vous pensez à la séquence des événements, la Commission Romanow va présenter son rapport, de même que votre comité. Jusqu'à maintenant, et en dépit des meilleurs efforts de ces deux instances, je ne crois pas que le débat public ait été suffisant. Il s'agit d'une question urgente pour toutes sortes de raisons et je trouve déplorable qu'elle n'ait pas encore suscité le niveau de débat qu'elle mérite.

Vous allez faire rapport. Le gouvernement devra se pencher sur ces rapports et y répondre. Une proposition sera faite au public. Par-dessus le marché, cette proposition peut tomber en pleine campagne électorale — ce qui n'est certes pas l'idéal pour une question complexe, parce que le processus électoral est un exercice manicheén dans lequel on tranche entre le bien et le mal, le noir et le blanc et dans lequel on a l'habitude de trop simplifier les questions qui se posent.

Quelqu'un devra gérer cette proposition et c'est cela le leadership politique. Il faudra faire appel à des connaissances techniques pour traduire le tout en des propositions concrètes, pour établir les coûts et pour faire un choix de recommandations qui deviendront des politiques gouvernementales. Le leadership politique sera l'ingrédient clé pour piloter et gérer le dossier dans l'opinion publique. Au-delà de ce point, c'est de la théorie.

Le sénateur Fairbairn: Je suis d'accord avec cette analyse, surtout sur la question des soins à domicile. Il s'agit presque d'une question idéale pour un débat public parce qu'elle touche la plupart des foyers d'une manière ou d'une autre.

Dans vos notes, vous parlez de soins continus, du système hospitalier à la maison. Il s'agit là d'une des questions difficiles indéniablement liées à la question plus vaste des soins à domicile. Il pourrait bien s'agir d'une question que le public canadien serait à même de comprendre et sur laquelle il pourrait influer, dans la mesure où elle est abordée dans la transparence, avec honnêteté et également beaucoup de doigté.

Mme Bégin: Vous soulignez un point très important aux plans stratégiques et techniques; si les soins à domicile étaient considérés comme un programme distinct et important, porté à provincial discussions, and did not carry what medicare carries, it would be a new program. That would be very interesting. The feds do not need any legislation for that and could announce important investments not for pilot projects but for infostructure, and at the same time, or not, the upgrading of medical equipment across the country.

I see some strategies being devised like that. The fixing of medicare would be done separately, and perhaps more low-key. I see the positive side to home care as a new dossier.

Senator Fairbairn: With all of the complexities and how difficult it is to understand so many of them, I would think that if we cannot come together on the home care issue with something viable, we will have a lot of trouble getting consensus on some of the other issues.

Senator Cook: Ms Bégin, I wish to thank you for the benefit of your wisdom and expertise again today.

I have two questions. I want to pick up on what Senator Fairbairn said about home care. The face of home care is complex. I will share a story with you. A 77-year-old lady in St. John's, Newfoundland, had a bypass on Monday and the doctor said that barring any complications she could go home on Thursday or Friday. If there was ever a need for comprehensive home care in an envelope, surely it follows that person. She is going home to a partner of the same age, relatively speaking. She has a lifeline. There are systems in place. If there was ever a reason to examine what is home care in the context of how we are doing business today in the health care field, I think that is the case.

I want to talk about the regional health boards as they apply to my home province of Newfoundland Labrador. With all due respect, there should be an additional principle added here, namely the principle of reality. There are five boards in my province. However, one of those boards is a wholly tertiary care hospital so the impact begins there. There is a regional board run by volunteers; I was one of them for a number of years.

Ms Bégin: Which one is headed by Sister Elizabeth Davies?

Senator Cook: That is St. John's Public Care. We amalgamated the five hospitals. However, that hospital also services the entire Province of Newfoundland with certain disciplines. There is only one tertiary care hospital, which is run by a group of well-meaning, uninformed volunteers who make decisions on behalf of the people of the province and the government.

To try to put best practices into place, there is the government on one side whose advice is to run the deficit, when we repeatedly say that there is not enough money in the system to make the system work but do not cut beds. Then there is the Department of l'attention du public grâce à des discussions fédéralesprovinciales, et qu'il ne véhiculait pas la même chose que le programme d'assurance-maladie, il s'agirait d'un nouveau programme, ce qui pourrait être très intéressant. Le gouvernement fédéral n'a pas besoin de loi pour cela et pourrait annoncer d'importants investissements, non pas pour des projets pilotes, mais pour une structure d'information et pour la mise à niveau du matériel médical au pays, simultanément ou non.

Je constate que certaines stratégies sont conçues de cette manière. Les améliorations au programme d'assurance-maladie seraient apportées séparément et peut-être de façon plus discrète. Je considère le côté positif des soins à domicile comme étant un nouveau dossier.

Le sénateur Fairbairn: Compte tenu de toutes les difficultés et combien il est difficile d'en comprendre un grand nombre, je crois que si nous ne pouvons ensemble en arriver à quelque chose de viable en ce qui a trait aux soins à domicile, nous aurons beaucoup de mal à nous entendre sur certaines des autres questions.

Le sénateur Cook: Madame Bégin, je tiens à vous remercier de nous faire profiter une fois de plus de votre sagesse et de votre expertise.

J'ai deux questions. Je veux prendre comme point de départ ce qu'a dit le sénateur Fairbairn au sujet des soins à domicile. Les soins à domicile sont un sujet complexe. Je vais vous raconter une histoire. Lundi, une vieille dame de 77 ans de St. John's, Terre-Neuve, a subi un pontage. Le médecin lui a dit que si tout allait bien elle pourrait rentrer chez elle jeudi ou vendredi. S'il ya une personne qui a besoin de soins à domicile complets, c'est bien elle. Elle rentre chez elle pour y trouver un compagnon du même âge, à proprement parler. Elle est sous perfusion. Il y a des systèmes en place. S'il y a jamais eu une raison d'examiner ce que sont les soins à domicile dans le contexte de la prestation actuelle des soins de santé, je crois que c'est bien celle-là.

Je veux parler des offices régionaux de santé dans ma province de Terre-Neuve-et-Labrador. Avec tout le respect que je vous dois, il faudrait ajouter un principe ici, à savoir le principe de la réalité. Il y a cinq offices dans ma province. Cependant, comme l'un d'entre eux est un hôpital de soins tertiaires à 100 p. 100, l'impact commence là. Il y a un office régional administré par des bénévoles dont j'ai fait partie pendant un certain nombre d'années.

Mme Bégin: Lequel est dirigé par soeur Elizabeth Davies?

Le sénateur Cook: St. John's Public Care. Nous avons fusionné les cinq hôpitaux. Cependant, cet hôpital dessert aussi toute la province de Terre-Neuve en ce qui a trait à certaines disciplines. Il n'y a qu'un seul hôpital de soins tertiaires, qui est dirigé par un groupe de bénévoles animés de bons sentiments, non informés et qui prennent des décisions au nom des résidents de la province et du gouvernement.

Lorsqu'il s'agit d'essayer de mettre en place de meilleures pratiques, il y a d'une part le gouvernement qui conseille d'éliminer le déficit alors que nous ne cessons de répéter qu'il n'y a pas suffisamment d'argent pour assurer le fonctionnement

Health, the Treasury Board, the Auditor General, all the arms of government as pressure points trying to make this board more efficient in the delivery of services when there is not enough money.

How do we get around that? How do we reform in order to do a decent job and not have the pressure points coming until they are moved on to a higher plateau, which is the federal government? What is the answer to that muddle?

Ms Bégin: I do not know the specifics, but what you describe is that of a part of Canada with one concentration of population and resources, even if limited, in outlying communities, which makes it difficult to accommodate health needs. Beyond that observation, I cannot suggest if it is properly done in Newfoundland or not. I apologize.

Senator Cook: I am attempting to get at sufficient money to do a job properly and have accountability.

Ms Bégin: I do not know the specific situation in Newfoundland. I cannot answer your question; I apologize. That is one of the key problems. The provinces' accountability for health dollars is such that no one really knows who spends what for health. Some provinces call it "social services." That is a well-known problem of not being able to understand each other when it comes to speaking about health expenditures.

No one trusts anyone else's figures. That is wrong. First, we have to reach a level of trust on what is the reality of each province. We have to start from there in terms of different contributions from the federal government.

Senator Cook: Do you think there is a role here for accountability from a national federal perspective?

Ms Bégin: Absolutely.

The Chairman: Ms Bégin, thank you very much for coming and spending two hours at our committee meeting. As usual, your comments and insights are extremely helpful.

Ms Bégin: Might I conclude by saying, Mr. Chairman, that as a committee you would do a fabulous service to Canada, and Canadians, if you could work on what I call an "implementation strategy," as well as on a calendar? Usually committees and commissions forget that when they do not exist it is lost. This committee could do a fabulous job.

du système mais qu'il ne faut pas fermer de lits. Il y a d'autre part le ministère de la Santé, le Conseil du Trésor, le vérificateur général, tous les organes gouvernementaux comme points de pression essayant d'améliorer la prestation des services assurés par cet office alors que l'argent manque.

Comment surmonter le problème? Comment apporter des réformes de manière à faire honorablement le travail et à éliminer les points de pression tant qu'ils ne passent pas à un niveau supérieur, c'est-à-dire le gouvernement fédéral? Comment s'en sortir?

Mme Bégin: Je ne connais pas les détails, mais ce que vous décrivez c'est une partie du Canada dont la population et les ressources, même si elles sont limitées, sont concentrées dans des collectivités éloignées et qu'il est alors difficile de satisfaire leurs besoins en matière de santé. Cela dit, je ne peux dire si les choses se font comme il se doit à Terre-Neuve. Je m'excuse.

Le sénateur Cook: J'essaie de dire qu'il faut obtenir suffisamment d'argent pour assurer les services comme il se doit et qu'il y ait une obligation de rendre compte

Mme Bégin: Comme je ne connais pas la situation à Terre-Neuve, je suis désolée mais je ne peux répondre à votre question. C'est un des principaux problèmes. L'obligation de la province de justifier sa gestion des sommes consacrées aux soins de santé est telle que personne ne sait vraiment qui dépense l'argent et à quelle fin. Certaines provinces parlent de «services sociaux». C'est le problème bien connu qui consiste à ne pas être en mesure de se comprendre l'un l'autre lorsqu'il est question de dépenses en matière de santé.

Personne ne se fie aux chiffres des autres. C'est malencontreux. Premièrement, nous devons en arriver à faire confiance aux provinces lorsqu'elles nous font part de leur situation. Nous devons partir de là en ce qui a trait aux différentes contributions du gouvernement fédéral.

Le sénateur Cook: Croyez-vous que du point de vue fédéral l'obligation de rendre compte a sa place?

Mme Bégin: Tout à fait.

Le président: Madame Bégin, merci beaucoup d'être venue et d'avoir passé deux heures avec nous. Comme d'habitude, vos observations et vos réflexions sont extrêmement utiles.

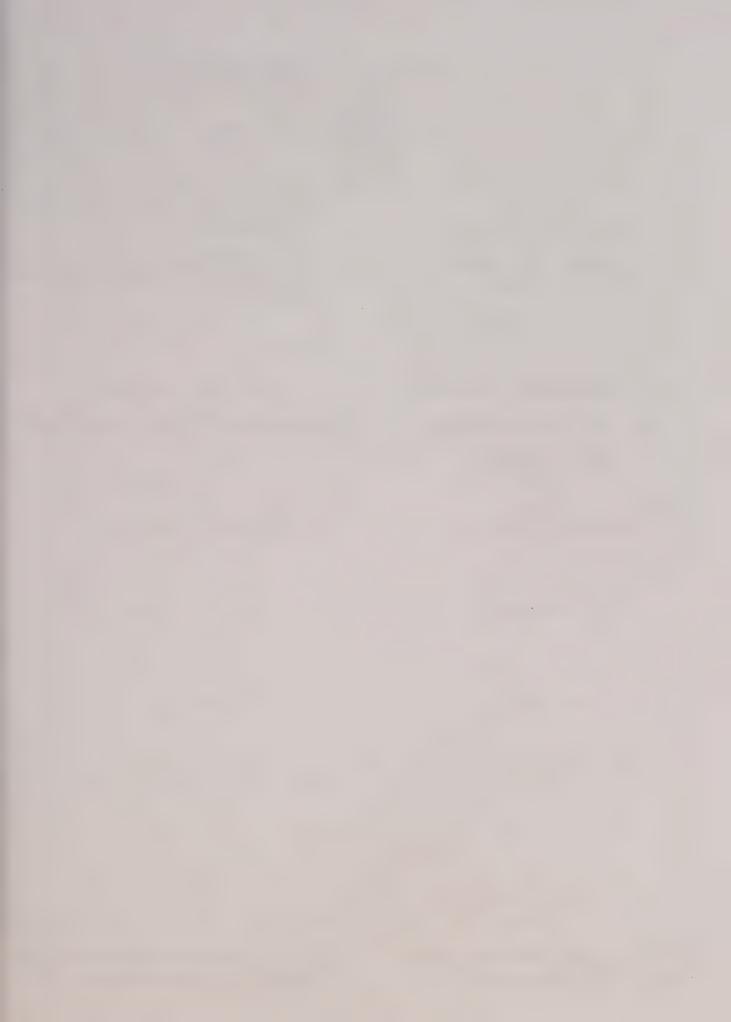
Mme Bégin: Me permettez-vous de conclure en disant, monsieur le président, que votre comité rendrait un fabuleux service au Canada et aux Canadiens s'il pouvait travailler à ce que j'appelle une «stratégie de mise en oeuvre» ainsi qu'à un calendrier? D'habitude les comités et les commissions oublient qu'après leur dissolution, leurs travaux sont perdus. Votre comité pourrait accomplir un travail fabuleux.

The Chairman: We hope to do that. We will be giving a specific funding proposal. As you know, committees do not normally do that because they do not want to stick out their necks. I guess we crossed the bravery and stupidity line a long time ago by getting into this in the first place, so we might as well continue.

The committee adjourned.

Le président: C'est ce que nous espérons faire. Nous ferons une proposition de financement précise. Comme vous le savez, les comités ne le font normalement pas parce qu'ils ne veulent pas se mouiller. Je suppose que comme nous avons déjà eu l'audace et la stupidité d'entreprendre cette étude, aussi bien continuer.

La séance est levée.





If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada – Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison, retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada – Édition 45 Boulevard Sacré-Coeur
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESS

As an individual:

The Honourable Monique Bégin, P.C.

TÉMOIN

À titre individuel:

L'honorable Monique Bégin, c.p.





First Session
Thirty-Seventh Parliament, 2001-02

SENATE OF CANADA

Proceedings of the Standing Senate Committee on Première session de la trente-septième législature, 2001-2002

SÉNAT DU CANADA

Délibérations du Comité sénatorial permanent des

Social Affairs, Science and Technology

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Thursday, May 9, 2002

Issue No. 55

Fifty-second meeting on:

The state of the health care system in Canada

WITNESS: (See back cover)

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le jeudi⁹ mai 2002

Fascicule nº 55

Cinquante-deuxième réunion concernant:

L'état du système de soins de santé au Canada



TÉMOIN: (Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*and

The Honourable Senators:

* Carstairs, P.C.
(or Robichaud, P.C.)
Callbeck
Cook
Cordy
Di Nino
Fairbairn, P.C.

Keon Léger * Lynch-Staunton (or Kinsella)

Morin Robertson Roche

* Ex Cyficio Members

(Quorum 4)

Change in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Léger substituted for that of the Honourable Senator Pépin (May 9, 2002).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

* Carstairs, c.p.

(ou Robichaud, c.p.)

Callbeck

Cook

Cordy

Di Nino

Fairbairn, c.p.

Keon

Léger

* Lynch-Staunton

(ou Kinsella)

Morin

Robertson

Roche

(Quorum 4)

Modification de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Léger substitué à celui de l'honorable sénateur Pépin (le 9 mai 2002).

Published by the Senate of Canada

Publié par le Sénat du Canada

Available from Canada Communication Group - Publishing. Public Works and Government Services Canada, Ottawa, canada K1A 089

En vente: Groupe Communication Canada – Edition, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

^{*} Membres d'affice

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Thursday, May 9, 2002 (66)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in room 705, Victoria Building, at 11:03 a.m., the Deputy Chair, the Honourable Marjory LeBreton, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Fairbairn, Keon, LeBreton, Léger, Morin and Robertson (8).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Howard Chodos.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (For complete text of Order of Reference see Proceedings of the committee, Issue No. 2.)

WITNESSES:

From Dalhousie University:

Professor Lawrence Nestman, School of Health Services Administration.

The Deputy Chair made a statement.

Professor Nestman made a statement and answered questions.

At 12:40 p.m. the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le jeudi 9 mai 2002 (66)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 03, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Majory Lebreton (*vice-présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Fairbairn, Keon, Lebreton, Léger, Morin et Robertson (8).

Est présent: De la Direction de la recherche, Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit l'examen de l'étude spéciale sur l'état du système de soins de santé du Canada. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule nº 2 des délibérations du comité.*)

TÉMOIN:

De l'Université Dalhousie:

M. Lawrence Nestman, professeur, École d'administration des services de soins de santé.

La vice-présidente faite une déclaration.

Le professeur Nestman fait une déclaration et répond aux questions.

À 12 h 40, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La gresfière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, May 9, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:03 a.m. to examine the state of the health care system in Canada

Senator Marjory LeBreton (Deputy Chairman) in the Chair.

[English]

The Deputy Chairman: A few of our senators are on travelling committees today, so we have with us a few substitute members this morning. Welcome, Senator Léger.

I should like to welcome the young Parliament Hill tour guide trainees who are with us this morning.

I should like to introduce Professor Lawrence Nestman from the School of Health Services Administration, Dalhousie University. You have provided us with your brief, so please begin.

Professor Lawrence Nestman, School of Health Services Administration, Dalhousie University: I enjoyed reading the report of this Senate committee. I agree with much of the substance of the report, and I can see that your deliberations have evolved over the time period your reports have come out and that the major directions you are pursuing are appropriate for Canada.

I certainly agree with the strong role you have taken in terms of the federal government trying to be a steward of the health care system in Canada. I also agree with the other major role, namely, developing incentives within the health care system. That is an appropriate one. You must get the correct incentives in the system at this point in time. That will also help to, as you indicate in your report, increase accountability within the system. We are in an era of accountability.

The area where you will not quite get the pay off, as you indicated in your report, is developing the competitive internal market. There are limitations in terms of how you will develop competition within the system. I will elaborate on that later.

I also fully agree with the purchaser/provider and evaluator split in the development of the internal market. That is an appropriate way to proceed. Most health care systems in the world are continuing to decentralize, and more are realising the limitations of government in providing services and managing the systems.

I certainly agree with the issues of a national health care program. It is important that Canadians identify not only with their provincial health system — which they certainly do — but

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 9 mai 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 03 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Marjory LeBreton (vice-présidente) occupe le fauteuil.

[Traduction]

La vice-présidente: Quelques-uns de nos sénateurs sont aujourd'hui en voyage avec d'autres comités, de sorte que nous avons avec nous ce matin quelques membres substituts du comité. Je vous souhaite la bienvenue, sénateur Léger.

Je souhaite la bienvenue aux jeunes guides stagiaires de la colline du Parlement qui assistent à notre réunion ce matin.

Je voudrais vous présenter le professeur Lawrence Nestman, de l'École d'administration des services de soins de santé de l'université Dalhousie. Vous nous avez remis le texte de votre mémoire, et je vous cède donc la parole.

M. Lawrence Nestman, professeur, École d'administration des services de soins de santé, Université Dalhousie: J'ai lu avec grand plaisir le rapport du comité du Sénat. Je suis d'accord avec l'essentiel du rapport, et je constate que vos délibérations ont évolué au cours de la période sur laquelle s'est échelonnée la publication de vos rapports, et je trouve que les grandes orientations que vous avez choisies sont pertinentes pour le Canada.

Je suis assurément d'accord avec le rôle important que vous avez assumé dans vos efforts pour que le gouvernement fédéral tente d'être le guide du réseau de soins de santé au Canada. Je suis également d'accord avec l'autre grand rôle, nommément l'élaboration de mécanismes d'encouragements dans le système de soins de santé. C'est un rôle approprié. Vous devez mettre au point les encouragements voulus pour stimuler le système à ce moment-ci. Cela aidera aussi, comme vous le dites dans votre rapport, à renforcer la reddition de comptes dans le système. Nous sommes à l'ère de la reddition de comptes.

Le secteur où vous n'obtiendrez pas vraiment les résultats escomptés, comme vous le dites dans votre rapport, est celui de la création d'un marché intérieur compétitif. Il y a des limites pour ce qui est des possibilités de concurrence à l'intérieur du système. Je reviendrai là-dessus tout à l'heure.

Je suis aussi entièrement d'accord avec le partage entre l'acheteur, le fournisseur et l'évaluateur, dans l'élaboration du marché intérieur. C'est la bonne façon de procéder. La plupart des régimes de santé du monde continuent de décentraliser et l'on se rend compte de plus en plus des limites du gouvernement pour ce qui est de fournir les services et d'administrer les systèmes.

Je suis certainement d'accord avec l'idée d'un programme national de soins de santé. Il est important que les Canadiens s'identifient non seulement à leur système provincial de santé, ce also with their national program, which is part of our national identity. It is important to preserve as much as possible the national characteristics of our health care system.

There are a couple of areas where I somewhat disagree. One relates to the issue of sustainability. I can agree with your definition. However, it is a definition that can become static over time. We know that western democratic countries can rein-in health care costs. Nearly all of the provinces and the federal government did it in the 1990s. If you look at what happened in Sweden, Germany and Japan during that time, all three of them were able to rein-in health care costs when they hit the fiscal wall. Of course, that had some adverse effects, but the power of democratic governments to rein-in costs, to manage the system, is still there. To say that they cannot is a scary proposition. It is within the powers of democratically elected governments to continue to rein-in and have a fiscally sustainable health care system.

While I agree with the three options we face in the health care systems that you alluded to in your report, the fourth option of improving the health care system and making it more efficient and effective is still a viable option. It is not the only option, we certainly do need more funding, but there are a lot of places where we are not doing things right. That is an important area.

I will close my remarks by touching on the issue of federal funding and its role in the health care system. In your report, I did not see an emphasis on a national home care, a nursing home program, or a national pharmacare program. If we go through health reform and all we get in this current round is an electronic medical record, better information systems, and a purchaser/provider and evaluator split the public will be sorely disappointed. They want something visible and they are looking for courage at this point in time to move this system in a new direction.

I heartily support you, and will give you reasons why, but I do think a national program for both nursing homes and home care, as well as pharmacare, is important for a number of reasons. One is cost control. Cost control and universality go together. That is an issue that, perhaps, you will want me to discuss later. In terms of public acceptability, improving access is an important area where these services are required.

I should like to leave it at that point in time, and I am open for questions.

The Deputy Chairman: I believe you sat through Ms Bégin's testimony yesterday. I think it is clear that pharmacare would be hugely expensive. However, home care seems to be something that

qui est certainement le cas actuellement, mais aussi à leur programme national, qui fait partie de notre identité nationale. Il est important de préserver le plus possible les caractéristiques nationales de notre régime de soins de santé.

Il y a deux points sur lesquels je ne suis pas tout à fait d'accord. Le premier est la question de la viabilité. Je suis d'accord avec votre définition, mais c'est une définition qui peut devenir statique avec le temps. On sait que les démocraties occidentales peuvent contenir le coût des soins de santé. Presque toutes les provinces et le gouvernement fédéral l'ont fait dans les années 90. Si l'on voit ce qui s'est passé en Suède, en Allemagne et au Japon pendant cette période, ces trois pays ont réussi à enrayer la hausse du coût des soins de santé quand ils se sont butés à des difficultés financières. Bien sûr, cela a eu certaines conséquences négatives, mais la capacité des gouvernements démocratiques d'enrayer la hausse des coûts, de gérer le système, demeure intacte. Si l'on disait qu'ils en sont incapables, ce serait effrayant. Les gouvernements démocratiquement élus ont les pouvoirs voulus pour continuer de contenir les coûts et de maintenir un régime de soins de santé financièrement viable.

Je suis d'accord avec les trois options qui s'offrent à nous pour les systèmes de soins de santé, options auxquelles vous avez fait allusion dans votre rapport, mais la quatrième option, qui consiste à améliorer le régime de soins de santé et à le rendre plus efficace et efficient, demeure une option viable. Ce n'est pas la seule option, nous avons assurément besoin de plus d'argent, mais sur bien des points, nous ne faisons pas les choses comme il faut. C'est un aspect important.

Je vais terminer en touchant un mot du financement fédéral et de son rôle dans le régime de soins de santé. Dans votre rapport, d'après ce que j'ai vu, vous n'avez pas accordé beaucoup d'importance à un régime national de soins à domicile, un réseau de maisons de soins infirmiers, ou un régime national d'assurance-médicaments. Si nous procédons à une réforme de la santé et que tout ce que nous obtenons à l'issue de la ronde actuelle de réforme, c'est un dossier médical électronique, de meilleurs systèmes d'information, et une séparation nette entre l'acheteur, le fournisseur et l'évaluateur, le public sera grandement déçu. Les gens veulent quelque chose de concret et ils s'attendent à ce qu'on ait le courage de réorienter notre système dans une nouvelle direction.

Je vous appuie de tout coeur et je vais vous en expliquer les raisons, mais je pense quand même qu'un programme national de soins à domicile et de maisons de soins infirmiers, ainsi qu'un programme d'assurance-médicaments, sont importants pour un certain nombre de raisons. La première est le contrôle des coûts. Le contrôle des coûts et l'universalité vont de pair. Vous voudrez peut-être que je revienne sur cette question plus tard. En termes d'acceptabilité par le public, l'amélioration de l'accès est une question importante là où les services sont nécessaires.

Je vais m'en tenir là pour l'instant et je suis prêt à répondre aux questions.

La vice-présidente: Je pense que vous étiez présent hier pendant le témoignage de Mme Bégin. Il me semble clair que l'assurancemédicaments coûterait immensément cher. Par contre, il semble the public will demand. Would you put home care as a priority ahead of pharmacare, or do you see them as being in lock-step with each other?

Mr. Nestman: You can choose to prioritize them. Pharmacare is a difficult issue because the costs of pharmaceuticals are zooming up. The only way we can make changes is to develop initiatives in that area. If we continue to ignore it, we will still face a cost-control crunch. I suspect that two or three years down the road you will have a Senate committee studying the issue of pharmacare costs.

In regard to the second issue of home care and nursing homes, the entire area of health care is shifting from acute care to rehabilitation and chronic care. We must shift our health care system in that direction. Unless we do that, we will not meet needs.

Germany and Japan have developed national home care and nursing programs with strong and positive results in terms of cost and accessibility.

The Deputy Chairman: What did you think of Ms Bégin's suggestion that, if these were new programs there would have to be some small user fee built into them?

Mr. Nestman: I should like to separate the two subjects, if I could.

In regard to nursing homes and home care, if you look at Japan and Germany, they have instituted national programs in these areas. Both of them have looked at additional sources of revenue to support those programs. However, they found out that when they instituted those programs, they were not as costly as they thought they would be because many costs have been absorbed into their health care systems already, either privately, where they shift from public to private pockets, or there is a certain amount of support in those systems that is already paid.

Many provinces are already paying the costs of home care. Many services are already covered in nursing homes, in particular. About 80 per cent of the costs in nursing homes are pretty well covered in Atlantic Canada by provincial governments.

If a national program is implemented in that area, if they do their calculations appropriately, they will find that the costs will still be there, but they will not be as high because some of the costs are already being absorbed by the system.

Additional revenue of some sort, and leadership by the federal government, is needed to move this along. How that should be done, whether through the tax system, through an ear-marked tax or through a component of the HST is another issue and debate. However, that is an important discussion.

que le public va exiger un programme de soins à domicile. À vos yeux, les soins à domicile seraient-ils plus prioritaires que l'assurance-médicaments, ou bien les deux sont-ils indissociablement liés?

M. Nestman: Vous pouvez choisir d'établir un ordre de priorité. L'assurance-médicaments est un dossier difficile parce que le coût des produits pharmaceutiques ne cesse d'augmenter en flèche. Le seul moyen d'apporter des changements, c'est de lancer de nouvelles initiatives dans ce domaine. Si nous continuons de laisser faire, nous serons confrontés à un difficile problème d'escalade des coûts. Je soupçonne que dans deux ou trois ans, un comité du Sénat étudiera le problème du coût des produits pharmaceutiques.

Quant à la question des soins à domicile et des maisons de soins infirmiers, tout le réseau des soins de santé est en train de changer, l'importance des soins aigus diminuant au profit des soins de longue durée et de la réadaptation. Nous devons changer notre réseau de soins de santé en fonction de cette évolution, sinon nous ne répondrons pas aux besoins.

L'Allemagne et le Japon ont mis sur pied des programmes nationaux de soins à domicile et de maisons de soins infirmiers, avec des résultats très positifs en termes de coûts et d'accessibilité.

La vice-présidente: Qu'avez-vous pensé de la suggestion de Mme Bégin qui a dit que s'il s'agissait de nouveaux programmes, il faudrait prévoir au départ des frais modérateurs minimes?

M. Nestman: Je voudrais séparer les deux questions, si vous le voulez bien.

Pour ce qui est des maisons de soins infirmiers et des soins à domicile, le Japon et l'Allemagne ont institué des programmes nationaux dans ces domaines. Les deux pays ont cherché des sources de revenus supplémentaires pour financer ces programmes. Ils ont toutefois constaté, après avoir lancé ces programmes, qu'ils n'étaient pas aussi coûteux qu'ils le croyaient, parce que beaucoup de coûts ont déjà été absorbés par leurs systèmes de soins de santé, que ce soit dans le privé, c'est-à-dire des dépenses qui passent des deniers publics aux particuliers, ou bien il y a déjà une certaine partie du coût de ces réseaux qui est déjà payée.

Beaucoup de provinces assument déjà le coût des soins à domicile. Beaucoup de services sont déjà assurés, notamment dans les maisons de soins infirmiers. Environ 80 p. 100 des coûts dans les maisons de soins infirmiers sont déjà payés par les gouvernements provinciaux dans le Canada de l'Atlantique.

Si l'on mettait sur pied un programme national dans ce domaine, et si l'on fait bien les calculs, on constatera que les coûts seront toujours là, mais qu'ils ne seront pas aussi élevés, parce qu'une partie des coûts sont déjà absorbés par le système.

Il faut des revenus complémentaires provenant d'une source quelconque, ainsi qu'un leadership du gouvernement fédéral, pour mettre ce mouvement en branle. Quant à savoir comment cela devrait se faire, que ce soit au moyen du régime fiscal, par un impôt spécifique ou bien un élément de la TVH, c'est une autre histoire. C'est toutefois un débat important.

In both Germany and Japan one sees clearly what is paid for home care and the national health care program.

The Deputy Chairman: Are those programs paid through a dedicated tax in those countries?

Mr. Nestman: Yes, that is correct. People accept that because they all know that at some point they will need these services, so there is an identification of it.

We have a different situation because our federal-provincial situation is very different from that in Germany and Japan. However, with some creativity we could pull off the same kind of arrangement.

Australia had difficulties in the past, before they instituted their national pharmacare program, in reining in the costs. Only when they introduced a uniform formula across the country, which is something that we are now working on in our federal-provincial relationships, did they tackle that difficulty. Some of the steps to a national pharmacare program are already starting to take place. It is now the coverage of those services outside the hospital that are crucially important.

Unless you have a universal pharmacare program, you are unlikely to have good cost control. It is only when you set up a universal program that you set up a structure to be able to do that. That is certainly what the Australians have found out.

In the United States, their public cost-control programs work well, but not their private programs, which are financed through employer contributions. The IBMs, Chryslers and Apple Computers are complaining about their programs because the private sector controls the cost. The problem is that not everyone is in the same boat. As a result, these private insurance companies are having difficulty reining in costs.

A universal, national program does not mean that we must pay all the costs ourselves.

Ms Bégin astutely noted that European countries do have user charges. The German program for home care in nursing homes does not pay all the costs. There are cash contributions, contributions to pay services, and contributions that are paid for families to support them during the time when they are taking care of their loved ones. However, the programs are not expected to bear all the costs. One must remember that, with home care and nursing homes, there is a housing element where people want to make a contribution. That should be recognized.

The German program is such that the levels of contribution by the families meant that the program did not impinge on the lifestyle of the spouse, who is well. It did not strip people of their resources, as now happens when you go into a nursing home. The Autant en Allemagne qu'au Japon, on fait clairement la distinction entre le coût des soins à domicile et celui du programme national de soins de santé.

La vice-présidente: Ces programmes sont-ils financés par un impôt spécifique dans ces deux pays?

M. Nestman: Oui, c'est bien cela. Les gens l'acceptent parce qu'ils savent tous qu'ils auront besoin de ces services à un moment donné, de sorte qu'il y a une sorte d'identification.

Notre situation est différente parce que le contexte fédéralprovincial est très différent par rapport à l'Allemagne et au Japon. Malgré tout, avec un peu de créativité, nous pourrions mettre en place un arrangement du même genre.

L'Australie a eu de la difficulté dans le passé à contenir les coûts, avant d'instituer un programme national d'assurance-médicaments. C'est seulement quand ils ont introduit une formule uniforme d'un bout à l'autre du pays, ce à quoi nous travaillons maintenant dans le cadre de nos relations fédérales-provinciales, qu'ils ont réussi à surmonter cette difficulté. Certaines étapes nécessaires à la mise en place d'un programme national d'assurance-médicaments commencent déjà à se dessiner. Ce sont maintenant les services dispensés à l'extérieur de l'hôpital qu'il est d'une importance cruciale d'englober dans l'assurance.

À moins d'avoir un programme universel d'assurancemédicaments, il est improbable que l'on puisse contenir raisonnablement les coûts. C'est seulement quand on crée un programme universel que l'on met en place une structure capable de le faire. En tout cas, c'est ce que les Australiens ont constaté.

Aux États-Unis, les programmes de contrôle des coûts fonctionnent bien, mais pas les programmes privés financés par les cotisations des employeurs. Les grandes compagnies comme IBM, Chrysler et Apple se plaignent de leurs programmes parce que c'est le secteur privé qui en contrôle le coût. Le problème, c'est que tout le monde n'est pas sur un pied d'égalité. En conséquence, ces compagnies d'assurance privées ont de la difficulté à contenir les coûts.

Un programme universel national ne signifie pas que nous devons payer tous les coûts nous-mêmes.

Mme Bégin a astucieusement fait remarquer que les pays européens doivent imposer des tickets modérateurs. Le programme allemand de soins dispensés dans des maisons de soins infirmiers ne défraie pas intégralement les coûts. Une partie est payée comptant, des cotisations servent à défrayer les services, et des prestations sont versées aux familles pour les aider à prendre soin de ceux qui leur sont chers. Cependant, on ne s'attend pas à ce que les programmes assument la totalité des coûts. Il faut se rappeler que dans le cas des soins à domicile et des maisons de soins infirmiers, il y a un élément de logement auquel les gens veulent contribuer. Il faut en tenir compte.

Dans le programme allemand, la quote-part des familles est fixée à un niveau tel que le programme ne nuit pas au mode de vie du conjoint qui est en santé. Les gens ne sont pas dépouillés de toutes leurs ressources, contrairement à ce qui arrive quand on est Germans confronted that issue before they implemented their program.

The public contribution must be set low or high enough so that it does not impinge on family lifestyles in a detrimental way. The contributions are significant and accepted both in Germany and Japan at this time.

That is one of the lessons that Canada could learn from those two countries, which have developed universal programs in their area.

It is the same with pharmacy; you can expect a user charge.

We forget that, historically, before the Canada Health Act in which we removed user charges, the 1957 Hospitalization Act and the 1968 Medical Care Program provided for user charges. It did become an irritant. That is why we ended up with this system.

Perhaps you can look at this as an evolutionary thing where you can develop these programs and user charges and see how they develop by the year 2010 or 2012, and then decide in which areas you can reduce user charges, leave them where they are, or increase them.

We must learn how to do this to adapt these systems to a Canadian model. We cannot just take the German or Japanese programs. We should not look at developing this program as the final program, but rather as an evolutionary phase of development in Canada.

Senator Robertson: Mr. Nestman, I read your testimony in Halifax and I read again a circular that was put on my desk this morning. There are three areas I wish to discuss.

You are the first witness who has put these issues on the table. I come at this from an Atlantic Canada position. You spoke about funding on a per-capita basis, and that is going on now. That is the first thing I wish to discuss with you.

The second issue is the arm's length management to which you referred. We have heard witnesses speak about arm's length management. In fact, two days ago we had a long debate on that subject.

I agree with your comments that people are fed up with the continuing political argument.

In one of our 20 recommendations, the committee stated that we feel strongly that we should look at this in such a manner as to come up with a recommendation that would be more patient-oriented instead of politically-oriented.

Third, I should like you to talk about visibility and credit. By that, I mean the federal government being more visible. Some may call it "visibility," I would call it "getting credit." It seems that regardless of which government is in power, it is difficult for them to get credit for anything they do in the health field,

pensionnaire d'une maison de soins infirmiers. Les Allemands se sont attaqués à ce problème avant de mettre en place leur programme.

La contribution publique doit être fixée à un niveau suffisamment bas ou élevé pour ne pas nuire au mode de vie des familles. Les contributions sont importantes et acceptées autant en Allemagne qu'au Japon à l'heure actuelle.

C'est l'une des leçons que le Canada pourrait tirer de ces deux pays, qui ont mis en place des programmes universels sur leur territoire.

C'est la même chose pour les produits pharmaceutiques; on peut s'attendre à des frais modérateurs.

On oublie que, historiquement, avant la Loi canadienne sur la santé qui a supprimé les frais modérateurs, la loi de 1957 sur l'hospitalisation et le programme d'assurance-maladie de 1968 prévoyaient des frais aux usagers. C'est devenu un irritant. C'est pourquoi nous avons fini par mettre sur pied le régime actuel.

Peut-être que vous pourriez mettre en place un programme évolutif, établir des programmes et des frais modérateurs et voir comment tout cela va s'installer d'ici l'an 2010 ou 2012, après quoi vous pourrez décider dans quels domaines vous voulez réduire les frais modérateurs, les laisser tels quels ou les augmenter.

Nous devons apprendre à faire cela pour adapter ces régimes à un modèle canadien. Nous ne pouvons pas importer tels quels les programmes allemand ou japonais. Nous ne devrions pas chercher à mettre au point une version définitive du programme, mais plutôt voir le tout comme une évolution constante au Canada.

Le sénateur Robertson: Monsieur Nestman, j'ai lu le témoignage que vous avez donné à Halifax et j'ai relu une circulaire qui a abouti sur mon bureau ce matin. Je veux discuter de trois domaines.

Vous êtes le premier témoin qui a mis ces questions sur la table. J'aborde tout cela sous l'angle du Canada de l'Atlantique. Vous avez parlé du financement par habitant, et c'est effectivement la situation actuelle. C'est le premier point que je veux aborder avec vous.

La deuxième question, c'est la gestion indépendante à laquelle vous avez fait allusion. Nous avons entendu des témoins nous parler de gestion indépendante. En fait, il y a deux jours, nous avons eu un long débat sur cette question.

Je suis d'accord avec vous quand vous dites que les gens sont écoeurés des tiraillements politiques constants.

Dans l'une de nos 20 recommandations, le comité déclare que nous sommes fermement d'avis qu'il faudrait envisager toute cette question de manière à établir un régime qui serait davantage axé sur le patient plutôt que sur l'aspect politique.

Troisièmement, je voudrais que vous nous parliez de visibilité et de reconnaissance. Je veux dire par là que le gouvernement fédéral doit être plus visible. Certains appellent cela la «visibilité», mais je préfère pour ma part parler de reconnaissance. Il semble que, peu importe quel gouvernement est au pouvoir, il trouve

especially when the funds are lost in the big conglomerate of funding. It is just there. It is very difficult to provide service with the limited resources that the federal government contributes. This morning the figures indicate that 14 or 16 per cent of the funding comes from the federal government. A large amount of cash was put in not that long ago. However, for my province—and I looked it up this morning—it represented about two weeks of health care. As a result of the methodology that is applied, that is all we got out of it. Hopefully, we will have a debate on the per-capita issue.

Those are the three issues I should like to discuss with the committee and with Dr. Nestman.

Mr. Nestman: I will start with the arm's-length issue. I should like to bring that into the funding, because it is important. They are tied together, as I see them.

The arm's-length issue is important when considering the issues that we have been confronting in the latter part of the 1990s and as we go on to the year 2010. We must remember that we have gone through a number of regulatory cycles within the health care system where we had arm's-length administration put into our health care system in the past. It is good to briefly review it.

Many of these issues were decided in the 1962 doctor strike in Saskatchewan, when 90 per cent of the physicians withdrew services because the Saskatchewan government at the time was trying to implement North America's first state-sponsored compulsory medical care insurance program, which is the coverage of physician services. Lord Taylor was brought in from England to mediate this dispute. The physicians had many concerns.

There are four issues that are germane to the issue of arm's length. One is that physicians were concerned about their clinical freedom and their autonomy — that is, their ability to diagnose and prescribe treatment to patients, which they felt was most important, and not have a civil servant in Regina checking over their prescribing habits. You only have to look at their concern in relation to HMOs in the United States today. It was a valid concern, considering the history in the United States. This was one of their major concerns. They did not want civil servants involved in their professional autonomy issues.

The second concern was about their entrepreneurial discretion. Every profession has entrepreneurialism in it. As you can see here, the chartered accountancy and auditing professions in the United States — as a chartered accountant, I can speak to this — are now going through a terrible time trying to sort out

toujours difficile de faire reconnaître ses mérites pour tout ce qu'il fait dans le domaine de la santé, surtout quand les fonds se perdent dans un énorme conglomérat de financement. L'argent est là. C'est très difficile de dispenser des services avec les ressources limitées que le gouvernement fédéral apporte. Ce matin, les chiffres indiquent que 14 ou 16 p. 100 du financement vient du gouvernement fédéral. Une somme énorme a été injectée il n'y a pas si longtemps. Pourtant, pour ma province — j'ai vérifié ce matin — cela représente à peu près deux semaines de soins de santé. En conséquence de la méthodologie qui est appliquée, c'est tout ce que nous avons obtenu. Il faut espérer que nous aurons un débat sur le financement par habitant.

Ce sont les trois points dont je veux discuter avec le comité et avec le Dr Nestman.

M. Nestman: Je vais commencer par la question de la gestion indépendante. Je voudrais que ce soit rattaché au financement, parce que c'est important. Les deux sont liés, à mes yeux.

La question de la gestion indépendante est importante quand on considère les questions auxquelles nous avons été confrontés à la fin des années 90 et qui continueront de se poser jusqu'en l'an 2010. Il ne faut pas perdre de vue que nous sommes passés par un certain nombre de cycles de réglementation dans le régime de soins de santé et que nous avons déjà injecté dans notre système une certaine dose d'administration indépendante dans le passé. Ce serait bon de passer brièvement en revue l'historique de la question.

Beaucoup de ces questions ont été tranchées à l'occasion de la grève des médecins de 1962 en Saskatchewan, alors que 90 p. 100 des médecins avaient fait la grève parce que le gouvernement de la Saskatchewan essayait à l'époque de mettre en oeuvre le premier programme d'assurance-maladie obligatoire et étatique en Amérique du Nord, englobant les services des médecins. On avait fait venir Lord Taylor d'Angleterre pour servir de médiateur dans ce conflit. Les médecins avaient beaucoup de préoccupations.

Quatre des problèmes de l'époque sont pertinents à la question de l'administration indépendante. Premièrement, les médecins craignaient de perdre leur liberté clinique et leur autonomie, c'est-à-dire leur capacité de poser des diagnostics et de prescrire des médicaments à leurs patients en toute liberté; ils estimaient que c'était de la plus grande importance de ne pas avoir un fonctionnaire qui superviserait à partir de Regina leurs habitudes en matière d'ordonnances. On peut comprendre leurs préoccupations en faisant un parallèle avec les OSSI qui existent aujourd'hui aux États-Unis. C'était une préoccupation légitime, compte tenu de l'évolution aux États-Unis. C'était l'une de leurs grandes inquiétudes. Ils ne voulaient pas que des fonctionnaires s'ingèrent dans leur vie professionnelle.

Le deuxième point était leur indépendance en tant qu'entrepreneurs. Dans toute profession, il y a un élément d'entrepreneuriat. Comme vous pouvez le voir ici, les professions de comptables agréé et de vérificateur traversent actuellement une période terrible aux États-Unis; à titre de their entrepreneurial discretion issues and professional public obligations.

The medical profession in 1962 was also concerned about its entrepreneurial discretion, in terms of making enough money to reflect the high clinical training and the esteem that physicians felt they had in the community. Much of the concern was the perception of what happened to the medical profession in the United Kingdom, when the state-sponsored health service was instituted.

Physicians were also concerned that the only basis of payment they would receive would be from the provincial government. They wanted a program where they could have user charges over and above what was paid by the provincial government. That was another issue concerning them.

The third issue they were concerned about was patient records. Their concern was that, if it were a public program, the patient records would be reviewed by civil servants. As a result, confidentiality between the doctor and patient would be broken.

The fourth issue that became important was the role of the College of Physicians and Surgeons in the province, which was negotiating on behalf of the physicians with the government. It became evident during their negotiations that the College of Physicians and Surgeons was arguing for and negotiating for rates of pay, but it also had a mandate to take care of the public interest. There appeared to be a conflict within the college in trying to do these two things at once. The aftermath was that the College of Physician and Surgeons split and the Saskatchewan Medical Association was organized. That eventually became the pattern across the country.

These issues are important in terms of any arm's length discussion.

Eventually there was an agreement in Saskatchewan that the medical care commission would be set up with as much arm's length as possible from the government. There would be physicians on it — one from the medical school and two from the College of Physicians and Surgeons — and the appointments would be approved by the College of Physicians and Surgeons and the Lieutenant Governor. They felt that having this board of directors to administer the physician program would be as much arm's length as possible.

The Minister of Health sat on that commission ex cofficio. Usually the deputy showed up to do it. The idea was that it was an arm's-length transaction.

This model became accepted and also became instituted. Hospital commissions were formed in the same way. By year 1972-73, almost all provinces — and there are a few exceptions — had a medical care commission that was as much arm's length as possible administering the program. There was a hospitals commission administering the hospitals program; there were public health administrators in the departments of health; and

comptable agréé, je peux en témoigner. Ces professionnels s'efforcent d'établir un juste équilibre entre leur liberté d'entrepreneurs et leurs obligations professionnelles envers le public.

La profession médicale en 1962 s'inquiétait aussi de sa liberté d'entrepreneur, de la capacité des médecins de gagner assez d'argent pour refléter leur formation clinique très poussée et l'estime dont les médecins estimaient jouir au sein de leur communauté. L'inquiétude découlait en grande partie de la perception de ce qui s'était passé au Royaume-Uni, où la profession médicale avait souffert de l'établissement du régime étatique de soins de santé.

Les médecins étaient également inquiets à l'idée qu'ils seraient payés exclusivement par le gouvernement provincial. Ils voulaient un programme où ils pourraient faire payer des frais aux usagers en sus du montant qui leur serait versé par le gouvernement provincial. C'était une autre de leurs préoccupations.

Le troisième point était celui des dossiers des patients. Leur crainte était que dans un régime public, des fonctionnaires auraient accès aux dossiers des patients, ce qui enfreindrait la confidentialité des relations entre le médecin et son patient.

Le quatrième point qui a pris de l'importance était le rôle du collège des médecins et chirurgiens de la province, qui négociait au nom des médecins avec le gouvernement. Il est devenu évident pendant les négociations que le collège des médecins préconisait l'établissement de tarifs de rémunération, mais qu'il avait aussi le mandat de défendre l'intérêt public. Il semblait y avoir un conflit au sein du collège parce qu'il essayait de faire les deux à la fois. Dans la foulée de ce conflit, il y a eu scission au sein du collège des médecins et chirurgiens et l'Association médicale de Saskatchewan a été créée. Par la suite, c'est devenu la norme d'un bout à l'autre du pays.

Ces questions sont importantes dans toute discussion sur l'administration indépendante.

En fin de compte, on s'est entendu en Saskatchewan pour créer une commission des soins médicaux qui serait le plus indépendante possible du gouvernement. Des médecins en seraient membres — un de la faculté de médecine et deux du collège des médecins — et les nominations seraient approuvées par le collège des médecins et le lieutenant-gouverneur. Ils estimaient que la création de ce conseil d'administration chargé d'administrer le programme donnerait la plus grande indépendance possible.

Le ministre de la Santé était membre d'office de cette commission. Habituellement, c'est le sous-ministre qui assistait aux réunions. On voulait que cette activité soit indépendante du gouvernement.

Ce modèle a été accepté et est devenu institutionnel. Des commissions d'hôpitaux ont été créées de la même manière. En 1972-1973, presque toutes les provinces, à quelques exceptions près, avaient une commission des soins de santé qui administrait le programme de la façon la plus indépendante possible. Il y avait une commission des hôpitaux chargée d'administrer les hôpitaux; il y avait des administrateurs de santé publique dans les ministères

another department, the Department of Community Health and Social Services, was administering nursing homes and home care, or however it was organized at that point in time. By 1973, we saw that pattern.

As we moved through the 1970s, 1980s and up to the 1990s, the whole scene started to change. Health care reports across the country indicated that this structure was not good for the coordination of services. Hospital and medical services should be coordinated. Nursing homes in another department did not work either. Public health was marginalized at 3 or 4 per cent of the public expenditures.

During the 1970s, 1980s and 1990s, these commissions collapsed and their functions were absorbed into health departments. The idea was that there would be better coordination. Most people would argue that by the 1990s we did not see the coordination; we saw a lot of shuffling of chairs. The arm's-length issue was taken out of the system.

From the 1990s to the present date — and we see this in all health care systems in the western industrialized world — we have seen a whole new shift in ethos of how we should regulate health care systems. The issues of accountability, choice, impartiality and evaluation are becoming the major issues in regulation. We are also continuing to decentralize health systems, which had started in the 1990s in a major way. It is amplified in your report, where you indicate a purchaser-provider split, which is a form of decentralization. That is decentralization. However, the role of government has changed.

In the 1990s we said that governments must start steering the health care system. I am sure you have heard this concept. We must change the role of how federal and provincial governments provide direction in the system in more of a steering capacity. As a result, the regulatory regime must reflect this new environment.

What has become evident in western Europe particularly, which has now implemented many of the concepts of the internal market, as indicated in your report — which is a good thing — is that when we move to an internal market, it becomes evident that we actually increase the amount of regulation in the system. Markets must be regulated. As you see in the United States, the Securities Exchange Commission regulates markets. If there is poor regulation in CA firms, you have difficulties; no information gets through; poor decisions are made; and people lose money. Internal markets require regulation also, and it is much more difficult to regulate a market than to be in a command and control situation, because you must relate to bouncing off the

de la Santé; et un autre ministère, celui de la Santé communautaire et des Services sociaux, administrait les maisons de soins infirmiers et les soins à domicile, ou les services qui étaient offerts à ce moment-là. En 1973, ce modèle était bien établi.

Durant les années 70, 80 et jusqu'aux années 90, toute cette construction a commencé à changer. Des rapports sur la santé un peu partout au pays ont montré que cette structure n'était pas bonne pour assurer la coordination des services. Il fallait coordonner les services hospitaliers et médicaux. Le fait que les maisons de soins infirmiers relèvent d'un autre ministère n'était pas satisfaisant non plus. La santé publique était marginalisée, à 3 ou 4 p. 100 des dépenses publiques.

Durant les années 70, 80 et 90, ces commissions se sont effondrées et leurs fonctions ont été absorbées dans les ministères de la santé. L'idée était qu'il y aurait une meilleure coordination. La plupart des gens soutiendraient que, durant les années 90, nous n'avions toujours pas vu la coordination en question; nous avions seulement vu un jeu de chaise musicale. La question de l'indépendance de l'administrateur avait été éjectée du système.

Entre les années 90 et aujourd'hui, dans tous les régimes de santé du monde occidental industrialisé, nous avons assisté à l'émergence d'un tout nouveau paradigme quant à la façon de réglementer les régimes de soins de santé. Les questions de reddition de comptes, de choix, d'impartialité et d'évaluation sont en train de devenir les grandes priorités en matière de réglementation. Nous continuons aussi à décentraliser les régimes de soins de santé, ce qui avait été amorcé de façon importante dans les années 90. C'est encore amplifié dans votre rapport, où vous proposez qu'il y ait une séparation nette entre l'acheteur et le fournisseur, ce qui est une forme de décentralisation. C'est de la décentralisation. Toutefois, le rôle du gouvernement a changé.

Durant les années 90, nous disions que les gouvernements doivent prendre les commandes du système de soins de santé. Je suis certain que vous avez déjà entendu ce concept. Nous devons changer le rôle des gouvernements fédéral et provinciaux, la façon dont ils assurent la direction du système en leur confiant davantage les commandes. En conséquence, le régime de réglementation doit refléter ce nouvel environnement.

Ce qui est apparu à l'évidence, en particulier en Europe occidentale, qui a maintenant mis en oeuvre beaucoup des concepts du marché intérieur, comme vous le proposez dans votre rapport, ce qui est une bonne chose, c'est que quand on instaure un marché intérieur, il devient évident que l'on augmente en fait le niveau de réglementation dans le système. Les marchés doivent être réglementés. Comme vous pouvez le voir aux États-Unis, la Commission des valeurs mobilières réglemente les marchés. S'il y a une mauvaise réglementation des firmes de comptables agréés, cela crée des difficultés; l'information ne circule pas; de mauvaises décisions sont prises; et des gens perdent de l'argent. Les marchés intérieurs exigent aussi d'être

various entrepreneurial professional kinds of discretion that are within the system.

We have moved into this environment now where we must look at arm's length in a much different way. It has become evident in the literature — certainly you are seeing it in western Europe — that a portion of the health care system should be more arm's length. These include the licensing of physicians, the setting of capacity limits to the hospital system, capital equipment requirements, and the planning of long-range human resource issues at the regional level. These issues form the day-to-day operations of the health care system and they require continuity, both at the federal and provincial levels.

Part of the current problem is that deputies and ministers revolve so quickly that policy continuation is just about impossible. Usually when deputies leave, the infrastructure below leaves as well. Institutional memory disappears. We have chaos. As a result, we need some impartiality in a core continuum to continue.

Regulatory regimes are changing. If you go to London right now, you will see the regulatory regime of the internal market with the purchaser-provider split and hospital trusts. It is much more sophisticated steering the system than it was in the old days of providing. The new terminology is not just "steer" but "steer and channel." In other words, how can we manoeuvre the system by sending signals at the senior level so that it moves in certain directions in a broad way but leaves the details to the fund holders, the primary care groups or the family networks, as we talk about them in Canada, to make the decisions at the local level?

The question yesterday was: How can we deal with Timmons, Ontario, vis-à-vis Toronto? Decisions must be made locally. You set broad parameters, steer and channel, and let some of the decisions be made by local councils, regions or however you want to do it. There is a need for impartiality in the system, but for reasons different from those we had in the 1970s. That is why I recommended that in the report I gave to you earlier. This is not only at the federal-provincial level but also at the federal level.

During the 1960s, we had a body called the Dominion Council of Health, which was a permanent secretariat where deputies and ministers liased with a number of health commissions that were federally oriented and provincially oriented. There was a permanent secretariat staffed by highly skilled people who

réglementés, et il est beaucoup plus difficile de réglementer un marché que d'occuper un poste de commandement et de contrôle, parce qu'il faut mettre en équilibre les divers pouvoirs discrétionnaires des entrepreneurs et professionnels qui peuplent le système.

Nous sommes maintenant passés à un environnement dans lequel nous devons voir le principe d'autonomie dans une optique complètement différente. Il est devenu évident dans la littérature publiée — c'est assurément le cas en Europe occidentale — qu'une partie du régime de soins de santé doit être administrée d'une manière plus indépendante. Cela comprend l'octroi de permis aux médecins, l'établissement des limites de capacité du réseau hospitalier, les exigences en matière d'immobilisations, et la planification à long terme des ressources humaines au niveau régional. Ces questions constituent le fonctionnement quotidien du régime de soins de santé et elles exigent une certaine continuité, autant au niveau fédéral que provincial.

Le problème actuel réside en partie dans le fait que les sousministres et les ministres vont et viennent si rapidement qu'il est quasiment impossible d'assurer la continuation des grandes orientations. Habituellement, quand les sous-ministres partent, l'infrastructure au bas de la pyramide s'en va également. La mémoire institutionnelle disparaît. C'est le chaos. En conséquence, il faut une certaine impartialité dans un noyau permanent.

Les régimes de réglementation changent. Si vous allez à Londres aujourd'hui, vous verrez le régime de réglementation du marché intérieur marqué par une nette séparation entre l'acheteur et le fournisseur et l'existence de fondations hospitalières. L'encadrement du système est beaucoup plus sophistiqué qu'au bon vieux temps où l'on se contentait d'assurer la prestation des services. Selon la nouvelle terminologie, on ne veut plus simplement diriger, mais diriger et canaliser. Autrement dit, comment pouvons-nous manoeuvrer le système en envoyant des signaux au niveau le plus élevé afin d'infléchir le système dans une certaine direction de façon générale, tout en s'en remettant pour les détails aux détenteurs des fonds, aux groupes de soins primaires ou aux réseaux familiaux, comme on envisage de le faire au Canada, pour que les décisions soient prises au niveau local?

La question posée hier était celle-ci: comment répondre aux besoins de Timmins (Ontario), par opposition à Toronto? Les décisions doivent être prises localement. Il faut établir les paramètres généraux, dirigés et canalisés, et s'en remettre pour les décisions aux conseils locaux, aux régions ou à une entité quelconque. Il y a un besoin d'impartialité dans le système, mais pour des raisons différentes de celles qui existaient dans les années 70. C'est pourquoi j'ai fait cette recommandation dans le rapport que je vous ai fait remettre. Ce n'est pas seulement au niveau fédéral-provincial, mais aussi au niveau fédéral.

Durant les années 60, nous avions un organisme appelé le conseil fédéral d'hygiène. C'était un secrétariat permanent qui permettait aux ministres et aux sous-ministres de faire la liaison avec un certain nombre de commissions de la santé qui étaient d'orientation à la fois fédérale et provinciale. Il y avait un

related to permanent people in the provinces. As a result, there was a continuity of policymaking and more coordination of federal-provincial relationships in that era than we have in the current situation, which is unfortunate.

There is real breakdown. If you say there is not, then you are choosing not to see it. We need the kind of infrastructure I just mentioned to do that. However, it must be done cleverly. You do not want to add more bodies. The concept of a revised Dominion Council of Health for the federal government as well as some kind of permanent infrastructure in the provinces would improve federal-provincial relations and provide continuity as well as some arm's length input for the day-to-day operations.

We read about the parliamentary system and how ministers of health report to the legislature, so accountability must be there, eventually. I suspect that, if departments of health are smart, they will get into areas of steering and channelling rather than the dayto-day operations.

The Deputy Chairman: in certain parts of the country different people suggested an almost surgeon general kind of model, although not specifically like that in the United States.

Senator Robertson: Coming to the funding of the system and the visibility of the federal government, the per capita funding was removed not that long ago. In one of your presentations, you spoke to that. I would like you to explain further the difficulty that some provinces had with per capita funding and the difficulty, I believe and a lot of others believe, that the federal government has with visibility or being given credit.

Mr. Nestman: The role of the federal government is absolutely essential in our health care system. I worked for the WHO in Copenhagen for a while. I also worked with the European Union. After living in France and reviewing the health care system, what struck me is that some of those countries have regarded their health system as national in scope. The Swedes regard their health care system to be national. The same applies to Germany, because the federal government has a strong visibility in terms of how they are steering the system.

When I compare it to Canada, where we are starting to Balkanize with our provinces and territories, I see that it is a major concern not only for national unity but also in terms of the importance of getting coordinated services across the country. The role of the federal government in national kinds of agencies is absolutely crucial.

secrétariat permanent où travaillaient des gens hautement qualifiés qui traitaient avec leurs homologues dans les provinces. Il en résultait une certaine continuité dans l'élaboration des politiques et une meilleure coordination des relations fédérales-provinciales à cette époque, par rapport à la situation actuelle, ce qui est regrettable.

Il y a un véritable effondrement. Si vous dites que ce n'est pas le cas, alors c'est que vous choisissez de ne rien voir. Ce qu'il nous faut, c'est une infrastructure comme celle que je viens de décrire. Il faut toutefois procéder habilement. Il ne faut pas ajouter aux effectifs. Le concept d'un conseil fédéral d'hygiène version révisée pour le gouvernement fédéral, auquel s'ajouterait une quelconque infrastructure permanente dans les provinces, améliorerait les relations fédérales-provinciales et assurerait une certaine continuité, tout en injectant une certaine dose d'autonomie pour l'administration au jour le jour.

On dit que dans le régime parlementaire, les ministres de la Santé relèvent des assemblées élues et ils doivent donc rendre des comptes à un moment donné. Je soupçonne que si les ministères de la Santé font preuve d'intelligence, ils vont s'occuper d'orienter et de canaliser plutôt que de se mêler de la gestion courante.

La vice-présidente: Dans différents coins du pays, des gens ont proposé un modèle du type américain, avec un directeur général des services de santé, même si le régime serait quelque peu différent de celui des États-Unis.

Le sénateur Robertson: Pour revenir au financement du système et à la visibilité du gouvernement fédéral, il n'y a pas tellement longtemps que l'on a supprimé le financement par habitant. Dans l'un de vos exposés, vous en avez parlé. Je voudrais que vous expliquiez davantage les difficultés que certaines provinces avaient avec le financement par habitant et la difficulté qui se pose, à mon avis et de l'avis de beaucoup d'autres aussi, pour ce qui est de la visibilité du gouvernement fédéral ou de la reconnaissance qu'il peut obtenir.

M. Nestman: Le rôle du gouvernement fédéral est absolument essentiel dans notre régime de soins de santé. J'ai travaillé à l'OMS à Copenhague pendant un certain temps. J'ai aussi travaillé avec l'Union européenne. Après avoir vécu en France et étudié leur régime de soins de santé, ce qui m'a frappé, c'est que certains de ces pays considèrent leur régime de soins de santé comme un système d'envergure nationale. Les Suédois considèrent que leur régime de soins de santé est national. C'est la même chose en Allemagne, parce que le gouvernement fédéral a une grande visibilité dans la façon dont il dirige le système.

Si je compare avec le Canada, où nous commençons à balkaniser notre système entre les provinces et les territoires, je constate que c'est une préoccupation majeure, non seulement pour l'unité nationale, mais aussi quant à l'importance de la coordination des services d'un bout à l'autre du pays. Le rôle du gouvernement fédéral, par l'entremise d'agences d'envergure nationale, est absolument crucial.

There are two arguments here. First, there is the role of the federal government in this. Many arguments can be made that the role is absolutely essential from an economic point of view, a political point of view and a social point of view. This role is important.

Second, it is essential because various parts of our country do not have the same fiscal capacities as some others. If you look back in the history of the last 100 years, you see that some wealthy provinces were once have-not provinces. Their status may have switched back and forth between the two. Alberta was not always as rich as it is. In the 12 years I was in Alberta, it was starting to look fiscally sound, but it was struggling. Nova Scotia, where I currently live, was the top economy in the early part of the 19th century in Canada. We must view this from a long-range point of view. Currently, the four Atlantic provinces as well as the territories, Saskatchewan and Manitoba — and we are starting to see B.C. falter a bit — are the parts of the country that need some help.

A cost-sharing formula that recognizes these inequities is absolutely crucial. If you go back to the history in the old cost-sharing agreements, which were interesting in terms of visibility and credibility, the medical and hospital programs both had, within their funding arrangements, a cost-sharing agreement with a built-in equalization factor. Canadians could see every year in the newspaper how much Newfoundland was getting vis-à-vis Ontario because it was reflected in the equalization payments. The federal government's role at that time was as a social leveller — that is, it tried to view its role across the country as a social leveller in terms of economic resources and health care access. That was an important role because it was visible.

When we moved to per capita funding, the federal government lost that role. If you now try to explain to Canadians the cost-sharing agreement you will be met with a glazed look. Most experts have difficulties understanding it at this point in time. The visibility has gone, as has the credibility. We hear, "The share has dropped." There is a big fight over what the share is. People do not understand it. Before, it was very visible.

From an accountability point of view, visibility and credibility must be restored. I would strongly recommend that the committee consider recommending a new cost-sharing arrangement with equalization built in, one that recognizes some of the different parts of the country having more fiscal capacity and some having less

I make my second recommendation for pragmatic reasons. You will not get a deal on health care reform and health care cost sharing in this country between the federal-provincial

Il y a ici deux arguments. Premièrement, il y a le rôle du gouvernement fédéral dans tout cela. Beaucoup d'arguments ont été invoqués pour dire que ce rôle est absolument essentiel du point de vue économique, du point de vue politique et du point de vue social. Ce rôle est important.

Deuxièmement, il est essentiel parce que certaines régions de notre pays n'ont pas les mêmes capacités fiscales que d'autres. Si l'on remonte dans l'histoire du dernier siècle, on constate que certaines provinces riches ont déjà été des provinces démunies. Leur conjoncture a fluctué au fil des années. L'Alberta n'a pas toujours été aussi riche que maintenant. Pendant les 12 années que j'ai passées en Alberta, la situation financière commençait à s'améliorer, mais la province avait des difficultés. La Nouvelle-Écosse, où j'habite actuellement, était une locomotive économique au début du XIX^e siècle au Canada. Nous devons voir tout cela dans une optique du long terme. À l'heure actuelle, les quatre provinces de l'Atlantique ainsi que les Territoires, la Saskatchewan et le Manitoba sont les régions du pays qui ont besoin d'aide, et la Colombie-Britannique commence à vaciller quelque peu.

Une formule de partage des coûts qui tienne compte de ces inégalités est absolument essentielle. Les anciennes ententes de partage des coûts, qui étaient intéressantes en termes de visibilité et de crédibilité, faisaient en sorte que les programmes médicaux et hospitaliers étaient tous les deux financés dans le cadre d'ententes de partage des coûts, avec un facteur de péréquation intégré. Les Canadiens pouvaient voir chaque année dans le journal combien Terre-Neuve obtenait de l'Ontario, parce que cela se reflétait dans les paiements de péréquation. Le rôle du gouvernement fédéral à cette époque en était un d'égalisateur social, c'est-à-dire qu'il tentait de percevoir son rôle dans l'ensemble du pays comme celui d'un égalisateur social sur le plan des ressources économiques et de l'accès aux soins de santé. C'était un rôle important parce qu'il était visible.

Quand nous avons adopté la formule du financement par habitant, le gouvernement fédéral a perdu ce rôle. Si vous essayez maintenant d'expliquer aux Canadiens la formule de partage des coûts, vous vous buterez à l'incompréhension totale de vos auditeurs. La plupart des experts ont de la misère à comprendre la formule à l'heure actuelle. La visibilité est disparue, ainsi que la crédibilité. On entend dire: «La part a diminué». Il y a toute une bataille sur l'ampleur exacte de cette part. Les gens ne comprennent plus. Auparavant, c'était très visible.

D'un point de vue comptable, la visibilité et la crédibilité doivent être rétablies. Je recommande fortement que le comité envisage de recommander un nouvel arrangement de partage des coûts comportant une péréquation intrinsèque, une formule qui reconnaîtrait que les différentes régions du pays n'ont pas la même capacité fiscale, certaines étant mieux loties que d'autres.

Je formule ma deuxième recommandation pour des raisons pragmatiques. Vous ne parviendrez pas à une entente sur la réforme des soins de santé et le partage des coûts de la santé au governments unless some kind of equalization is built in. It is either the deal breaker or the deal maker.

I cannot envisage Atlantic Canada, Saskatchewan, Manitoba and the territories agreeing to some kind of arrangement between the federal-provincial government for pharmacare, home care and nursing homes unless some kind of equalization is built-in or is visible. If you look at the negotiations for the Canada Assistance Plan, the deal breaker was equalization. I do not see that changing. We are still living in a federal-provincial system. That does not go over in some quarters, and it is not politically astute to mention this in the current prevailing sensitivities between the federal and provincial governments. As a national program, however, it is important to do that.

Senator Fairbairn: Thank you for staying yesterday afternoon.

You say in your paper that one of the difficulties in our country is that there is always such a movement within governments of people who are involved in these issues, particularly at critical times. They go off somewhere else and we lose the continuity. One of the good things, at least for this committee, has been that we have someone like Monique Bégin, who got her teeth into the health issue a long time ago and has never really let go. She is a continuing source of information and thoughts on how the system has evolved.

You heard yesterday from her, from others and from myself, concern about home care and pharmacare. It is reflected in a different way in your paper, but she discussed the notion of reopening the Canada Health Act, which, of course, makes people's hair stand on end at the mere thought of the kind of negotiations and angst that might entail. One difficulty with it would be the desire to retain what is there and in some way add, whether it be a principle or some other name, the notion of a national home care system that would, in concert with the National Health Act, be universal.

When you talk about opening up the act, there is no illusion in anybody's mind about how difficult that would be. However, if we get a new kind of national program that is fair to Canadians, we would have to take either that course or some adjunct to it.

Two things jumped out at me from your paper were your view on the question of an equalization component and the suggestion that it would have to be part of this. I am not sure I have seen it stated this way before, that is, recommending that the provincial governments legislate into the mandates of regional authorities five principles of health care.

Canada entre les gouvernements fédéral et provinciaux tant et aussi longtemps que l'on n'aura pas prévu une quelconque formule de péréquation intégrée. C'est ce qui va faire ou défaire une entente.

Je ne peux pas envisager que le Canada de l'Atlantique, la Saskatchewan, le Manitoba et les territoires acceptent un quelconque arrangement entre les gouvernements fédéral et provinciaux pour l'assurance-médicaments, les soins à domicile et les maisons de soins infirmiers, à moins qu'une sorte de péréquation soit intégrée à l'entente ou qu'il y ait visibilité. Si l'on examine l'histoire des négociations qui ont mené au régime d'assistance publique du Canada, c'est la péréquation qui a été le facteur déterminant. À mes yeux, cela n'a pas changé. Nous vivons encore dans un régime fédéral-provincial. Cela ne passe pas bien dans certains milieux, et ce n'est pas politiquement astucieux d'en faire mention dans le climat actuel qui règne entre les gouvernements fédéral et provinciaux. Il est toutefois important de le signaler quand il s'agit d'un programme national.

Le sénateur Fairbairn: Je vous remercie d'être resté hier après-midi.

Vous dites dans votre document que l'une des difficultés, dans notre pays, c'est qu'il y a toujours dans les administrations gouvernementales des gens qui s'en vont après s'être occupés de ces dossiers, souvent à des moments critiques. Ils s'en vont ailleurs et nous perdons la continuité. Du point de vue de notre comité, c'est assurément intéressant de pouvoir compter sur quelqu'un comme Monique Bégin, qui a commencé à s'intéresser à la santé il y a longtemps et qui n'a jamais vraiment décroché. Elle est une source continue d'information et de réflexions sur l'évolution du système.

Vous avez entendu hier de sa part, et aussi de la part d'autres personnes et de moi-même, des préoccupations au sujet des soins à domicile et de l'assurance-médicaments. C'est abordé sous un angle différent dans votre mémoire, mais elle a discuté de la possibilité de rouvrir la Loi canadienne sur la santé, ce qui fait bien sûr dresser les cheveux sur la tête de bien des gens quand ils songent aux négociations ardues et épineuses auxquelles cela pourrait donner lieu. L'une des difficultés, c'est que tout le monde voudrait conserver l'acquis tout en y ajoutant un principe ou une quelconque notion d'un régime national de soins à domicile qui, à l'instar de la Loi canadienne sur la santé, serait d'application universelle.

Quand on évoque la possibilité de rouvrir la loi, personne ne se fait d'illusion sur la difficulté que cela comporterait. Cependant, si nous voulons mettre en place un programme national qui serait équitable pour les Canadiens, il faudrait bien emprunter cette voie, ou bien légiférer d'une manière quelconque.

Deux choses m'ont frappée dans votre mémoire: votre opinion sur la question de la péréquation, et votre suggestion que cet élément soit intégré au régime. Je ne suis pas certaine d'avoir jamais vu cela énoncé de cette manière, c'est-à-dire que vous recommandez que les gouvernements provinciaux légifèrent pour inscrire les cinq principes de la santé dans le mandat des autorités régionales de la santé.

I come from the province of Alberta. It is an active province in the field of health care in a variety of ways, and because of the way Alberta has shifted ground in its health care system in recent years, it has brought to the fore some of these issues that people in other parts of the country and, indeed, in the Province of Alberta itself, sometimes find difficult. One that you mentioned is user fees. It does have, on one level, a logical rationale. On another level, psychologically, in the country, because of how people see our medicare system, they see user fees as a controversial concept, to put it mildly.

It is a fascinating thought for a discussion. I am trying to think at which level —through the social union route, perhaps — the provinces, as the beginning of change in our system, would legislate into the mandate of regional authorities and, presumably, into their own mandate overall, the five principles of the Canada Health Act. That, in and of itself, should that debate take place, would open up the Canada Health Act.

This is something that would have been a boon to the development of our process probably, had it happened at the beginning. It was difficult. I was a young reporter in those days. It was pretty hard, as I recall covering this issue, to get the provinces to even come to an agreement regarding the National Health Act.

What are your thoughts on understanding the accountability issue? How would you see a process developing, and what would it be? Would it be this council you are recommending that might be set up to bring forward these kinds of ideas? Would these two recommendations on equalization and on legislating the five principles be a federal initiative? How would you envisage that being done? Perhaps it could be a mutual initiative, if there were a body or umbrella under which both federal and provincial people were talking, as they did — successfully, it turned out — with the social union. Many people did not think that would ever happen, but it did. Do you have a vision as to how this will come about?

Mr. Nestman: With respect to user charges being contentious, I was asked by WHO to make a presentation about the Canadian health care system in Moscow and I was introduced by a prominent sociologist in Moscow University who spent a month in this city. He introduced the three major problem areas in Canada. One was user charges, the second one was hockey and the third one was national unity.

Senator Fairbairn: That about sums it up. It is right up there.

Mr. Nestman: With respect to the list of five items for discussion, I do have a vision on some of these issues.

Je viens de la province d'Alberta. C'est une province très active dans le domaine des soins de santé à plusieurs égards, notamment parce que l'Alberta a fait volte-face ces dernières années dans le domaine de la santé: les Albertains se sont attaqués directement à certaines questions que les Canadiens du reste du pays et même les Albertains eux-mêmes trouvent parfois difficile. Vous avez notamment mentionné des frais modérateurs. À certains égards, cette proposition paraît avoir une certaine logique. Par contre, du point de vue psychologique, à cause de la façon dont les Canadiens perçoivent notre régime d'assurance-maladie, les frais modérateurs sont, disons, controversés, c'est le moins que l'on puisse dire.

C'est une proposition fascinante qui alimente la discussion. J'essaie de songer à quel niveau — peut-être dans le cadre de l'union sociale — les provinces, au début de la réforme de notre système, pourraient légiférer pour inscrire dans le mandat des autorités régionales et, on peut le supposer, dans leur propre mandat, les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé. Si ce débat avait lieu, cela permettrait, en soi, d'ouvrir la Loi canadienne sur la santé.

Si cela avait été fait au tout début, cela aurait été probablement un grand avantage pour la mise en place de notre régime. Ce fut difficile. J'étais une jeune journaliste à cette époque. D'après ce que je me rappelle, il a été assez difficile d'amener les provinces ne serait-ce qu'à s'entendre sur la Loi nationale sur la santé.

Quelles sont vos réflexions pour ce qui est de comprendre le problème de la reddition de comptes? Comment envisagez-vous l'élaboration de ce processus, et quel en serait le résultat? Serait-ce ce conseil dont vous recommandez la création qui pourrait favoriser l'émergence d'idées de ce genre? Est-ce que ces deux recommandations sur la péréquation et sur l'inscription dans la loi des cinq principes feraient l'objet d'une initiative fédérale? Comment cela se ferait-il, à votre avis? Ce pourrait peut-être se faire dans le cadre d'une initiative commune, s'il y avait un organe ou une tribune dans le cadre de laquelle les représentants fédéraux et provinciaux pouvaient avoir des discussions, comme ils l'ont fait avec succès, en fin de compte, dans le cas de l'union sociale. Bien des gens ne pensaient jamais que cela pourrait se faire un jour, mais c'est arrivé. Avez-vous une idée de la façon dont tout cela pourrait se faire?

M. Nestman: Vous dites que les frais modérateurs sont controversés. L'OMS m'a demandé de faire un exposé sur le régime canadien d'assurance-maladie à Moscou et j'ai alors été présenté par un éminent sociologue de l'Université de Moscou qui a passé un mois ici dans cette ville. Il a résumé les trois grands problèmes qui affligent le Canada. Le premier était les frais modérateurs, le deuxième était le hockey, et le troisième était l'unité nationale.

Le sénateur Fairbairn: C'est un bon résumé. Cela dit tout.

M. Nestman: Quant à la liste des cinq points faisant l'objet de la discussion, j'ai effectivement une idée de la façon dont cela pourrait se passer. The home care issue is important. I can remember some of the discussions I sat through in Germany when they were considering whether to set up a separate national home care nursing program or incorporate existing sickness funds.

Senator Fairbairn: Just to interrupt for a moment, we are discussing not just nursing home care but home care.

Mr. Nestman: The Germans felt nursing homes and home care had to go together. We have to consider that. The relationship between nursing homes and home care is very central. We, in Canada, institutionalize our elderly at twice the rate the Western Europeans do. We have to think of that. The Germans at that time were at 3.4 per cent, and they wanted their number to drop. We are close to 8 per cent.

To have only the home care program, you will encounter dysfunction in having the nursing home separated out. You will marginalize it the same way as mental and public health have been marginalized in this country. You have to consider them together. They go together. The new area of chronic care and rehabilitation fits nicely between those two.

When the Germans were deciding whether to separate the two, their concern was how to relate home care, with such a social component, to the hospital sector, which is acute care. The cultures are totally different in terms of delivery of services.

The second germane issue to us is the Canada Health Act which covers medically necessary services. How do you incorporate and change that definition into home care, which is such a large component? No country in the world has been able to define "medically necessary." Hilary Clinton in her commission spent almost a third of her resources trying to define "medically necessary" and was unable to do it. The private insurance companies have done it. They just decide what is in and what is out. It is quite arbitrary, based on risk factors and income. We do not want to do that in Canada. If we look at Western Europe and ourselves with the ethical and social issues which we incorporate in trying to define what will be provided, "medically necessary" is very difficult to define.

The Germans and the Japanese decided to leave it as a separate system because of that definitional problem. They did not want to open up their sickness funds to this intervention.

La question des soins à domicile est importante. Je me rappelle des discussions auxquelles j'ai participé en Allemagne, alors que l'on hésitait dans ce pays entre créer un régime national séparé pour les soins à domicile et les maisons de soins infirmiers, et intégrer tout cela dans le cadre du budget existant d'assurance-maladie.

Le sénateur Fairbairn: Je m'excuse de vous interrompre, mais nous discutons non seulement de maisons de soins infirmiers, mais aussi de soins à domicile.

M. Nestman: Les Allemands estimaient que les maisons de soins infirmiers et les soins à domicile devaient aller de pair. Nous devons réfléchir à cela. Le lien entre les deux est tout à fait central. Nous, au Canada, plaçons nos personnes âgées dans des établissements à un taux qui est le double de celui observé dans l'Europe de l'Ouest. Nous devons réfléchir à cela. À cette époque, le taux en Allemagne était de 3,4 p. 100, et les Allemands voulaient faire baisser ce taux. Quant à nous, nous nous situons à près de 8 p. 100.

Si l'on crée seulement le programme des soins à domicile, on aura un dysfonctionnement parce que les foyers de soins seront séparés. Ils seront marginalisés de la même manière que la santé mentale et la santé publique ont été marginalisées dans notre pays. Il faut considérer cela comme un tout. Cela va ensemble. Le nouveau domaine des soins de longue durée et de la réadaptation cadre très bien entre les deux.

Quand les Allemands se demandaient s'ils devaient séparer les deux, leur préoccupation était de savoir comment établir le lien entre les soins à domicile, qui comportent un élément social tellement prononcé, et le secteur hospitalier, qui s'occupe des soins aigus. Les cultures sont complètement différentes en termes de prestation des services.

La deuxième question qui est pertinente pour nous est la Loi canadienne sur la santé, qui garantit les services médicalement nécessaires. Comment modifier cette définition pour y intégrer les soins à domicile, qui représentent un élément tellement important? Aucun pays au monde n'a été en mesure de définir «médicalement nécessaire». Hillary Clinton a consacré près du tiers des ressources qui lui avaient été confiées pour essayer de définir l'expression «médicalement nécessaire», et elle n'y est pas parvenue. Les compagnies d'assurance privée n'y sont pas parvenues. Elles décident arbitrairement ce qui est assuré et ce qui ne l'est pas. C'est tout à fait arbitraire, en fonction des facteurs de risque et du revenu. Nous ne voulons pas de cela au Canada. Si l'on compare l'Europe occidentale au Canada, compte tenu des questions éthiques et sociales que nous voulons intégrer à la définition de ce qui est assuré, il est extrêmement difficile de définir «médicalement nécessaire».

Les Allemands et les Japonais ont décidé de laisser les deux régimes séparés à cause de ce problème de définition. Ils ne voulaient pas que leur budget consacré aux soins aigus puisse être détourné vers cette intervention.

The second reason they separated it, which I think is important, is that they felt that hospitals and acute care had so much momentum in the system that any new money would be expanding their mandate and marginalizing home care and nursing homes.

You only have to look at the \$23 billion we put into the agreement two years ago. Did we get an expansion of home care and nursing home services? Did we change the structure of the system by that? They were concerned about that.

They also felt that home care and nursing homes had not matured enough in terms of their delivery capabilities to be able to compete for resources within the system. They decided to have separate systems.

I was a guest at several of those discussions in Bonn and Ingelheim. My reading of it is that we should not try to open the Canada Health Act for home care and nursing homes. We should try to develop a separate national home care program and nursing home program that could be combined. You could also discuss primary care in that if you wanted. That would provide visibility. You could put in equalization factors with visibility and accountability to federal governments for their portion.

The one disadvantage is the lack of integration. Home care and nursing homes are not ready to compete for the hospital budgets to support their piece. I do not know of a system where that happens. Regions have been mandated to increase home care. Acute care hospitals eat up the funds because their demands are unlimited. We should separate them and have a separate national program.

We will gain some experience of how this will work over time. Perhaps in 10 or 12 years from now, we will have another report from another royal commission with recommendations about how they should be integrated. However, we now need to find out how these would work on a national basis.

That was the case with the Germans and Japanese. Interestingly, Sweden is also considering a national nursing and home care program. The same issues are being raised, and they are going through the same kinds of thought processes. They are most interested in what is happening in Canada, as well as looking at what Japan and Germany have done. They are certainly influenced by those countries at this point.

You may want to reopen the Canada Health Act because there are certain areas that should be adjusted. The principles of that act have allowed a fair amount of flexibility in each one of the

La deuxième raison pour laquelle ils ont conservé deux régimes distincts, qui me semble importante, c'est qu'ils estimaient que les hôpitaux et les soins de courte durée avaient un tel poids dans le système que tout nouveau budget risquerait d'être accaparé par ces services qui en profiteraient pour étendre leur mandat, marginalisant ainsi les soins à domicile et les maisons de soins infirmiers.

Songeons seulement aux 23 milliards de dollars que nous avons injectés au moment de l'entente il y a deux ans. Avons-nous multiplié les services de soins à domicile et les maisons de soins infirmiers? Avons-nous changé la structure du système? C'est précisément ce qui les préoccupait.

Ils estimaient aussi que les soins à domicile et les maisons de soins infirmiers n'avaient pas atteint la maturité voulue en termes de leur capacité de prestation de services pour pouvoir rivaliser pour l'obtention de ressources dans le système. Ils ont donc décidé de maintenir deux systèmes séparés.

J'ai participé à titre d'invité à plusieurs de ces discussions à Bonn et à Ingelheim. Ma conclusion est que nous ne devrions pas tenter de rouvrir la Loi canadienne sur la santé pour y ajouter les soins à domicile et les maisons de soins infirmiers. Nous devrions essayer de mettre sur pied un programme séparé de maisons de soins infirmiers et un programme de soins à domicile que l'on pourrait ensuite combiner. Vous pourriez aussi envisager d'y ajouter les soins primaires, si vous le voulez. Cela permettrait d'avoir une plus grande visibilité. Vous pourriez prévoir des facteurs de péréquation avec visibilité et reconnaissance pour la partie financée par le gouvernement fédéral.

Le seul inconvénient, c'est l'absence d'intégration. Les soins à domicile et les maisons de soins infirmiers ne sont pas prêts à faire concurrence au budget des hôpitaux pour l'obtention de budgets. Je ne connais pas un seul système où c'est le cas. Les régions ont reçu le mandat de renforcer les soins à domicile. Les hôpitaux de soins de courte durée accaparent tous les fonds parce que leurs demandes sont illimitées. Nous devrions les séparer et mettre sur pied un programme national séparé.

Nous aurons avec le temps de l'expérience quant à la façon dont tout cela peut fonctionner. Peut-être que dans 10 ou 12 ans, nous aurons un autre rapport d'une autre commission royale qui formulera des recommandations sur la façon dont tout cela pourrait être intégré. Pour l'instant, nous devons chercher à voir comment cela pourrait fonctionner à l'échelle nationale.

C'était le cas des Allemands et des Japonais. Il est intéressant de constater que la Suède envisage également de lancer un programme national de maisons de soins infirmiers et de soins à domicile. Les mêmes questions sont soulevées là-bas et les Suédois ont actuellement le même débat. Ils s'intéressent énormément à ce qui se fait au Canada et examinent aussi ce qu'ont fait le Japon et l'Allemagne. Il est certain qu'ils sont actuellement influencés par ces deux pays.

Vous voudrez peut-être rouvrir la Loi canadienne sur la santé parce qu'il y a certains éléments qui pourraient être rajustés. Les principes de cette loi ont donné aux provinces une assez grande provinces in the delivery of their services as they see fit. The Quebec system is very different from the one in Nova Scotia and the one in Alberta. There is a lot of latitude to manoeuvre.

I wonder if Alberta has already adopted my recommendation that the provinces consider implementing and legislating the principles of the Canada Health Act provincially in their Bill 11. The provisions of the act state that no delivery capacity will be allowed unless it complies with the Canada Health Act. I wonder if provision for a provincial system is covered in that legislation. It will be interesting to see if there will be provincial litigation in that area. The Canada Health Act has not often been challenged in the courts. I am interested to see how the Alberta situation unfolds in that regard.

Senator Fairbairn: There have been no developments from that legislation yet to be able to judge it, but it was because of that part of Bill 11 that it was ultimately not judged to be legally in violation of the Canada Health Act.

Mr. Nestman: It is an interesting future issue. I am not sure how it will unfold.

Senator Fairbairn: It will be interesting to see how it gets down to the regional authorities.

Mr. Nestman: I am recommending legislation at the provincial level because regions are becoming very autonomous. For example, the regions of Edmonton and Red Deer are very different. That also applies to regions in Nova Scotia.

More autonomy is coming to these regions. The Mazankowski report recommends that. All of the reports recommend giving more autonomy to the regions. The provincial governments are more often playing the same role as the federal government plays nationally.

The Deputy Chairman: Exactly.

Mr. Nestman: If there is to be uniformity in a province, some agreements on principles of how health services will be provided must be developed. It would help federal-provincial relationships if there were a similar image at both the federal and provincial levels, particularly when we consider that Alberta may already have moved to that.

The key question is: Can you just take those principles in the federal act and legislate them provincially? It may require some articulation to bring them down to the provincial level. Some modification may be required. A federal-provincial council could review it to decide how this could be done.

It makes sense that we should be on the same page. That does not mean that Alberta's system will be the same as the Nova Scotia system. However, in the interests of visibility, the areas that are provincially legislated should be clear, and the areas that are federally legislated should be clear.

marge de manoeuvre dans la façon d'assurer la prestation de leurs services comme elles le jugent bon. Le système québécois est très différent de ceux de la Nouvelle-Écosse et de l'Alberta. Il y a beaucoup de marge de manoeuvre.

Je me demande si l'Alberta a déjà adopté ma recommandation voulant que les provinces envisagent de légiférer elles-mêmes les principes de la Loi canadienne sur la santé au plan provincial, dans leur loi 11. Les dispositions de cette loi stipulent qu'aucune prestation de services ne sera autorisée à moins d'être conforme à la Loi canadienne sur la santé. Je me demande si cette loi prévoit la possibilité de mettre sur pied un régime provincial. Ce sera intéressant de voir s'il y a des litiges provinciaux dans ce domaine. La Loi canadienne sur la santé n'a pas souvent été contestée devant les tribunaux. J'ai hâte de voir comment la situation va évoluer en Alberta à cet égard.

Le sénateur Fairbairn: Cette loi n'a pas encore donné lieu à suffisamment d'activités pour pouvoir porter un jugement là-dessus, mais c'est à cause de cette partie de la loi 11 que celle-ci, en fin de compte, n'a pas été jugée contraire à la Loi canadienne sur la santé.

M. Nestman: C'est une question intéressante qui est à suivre. Je ne sais pas trop ce qui va se passer.

Le sénateur Fairbairn: Ce sera intéressant de voir comment cela va se répercuter sur les régies régionales.

M. Nestman: Je recommande de légiférer au niveau provincial parce que les régions deviennent très autonomes. Par exemple, les régions d'Edmonton et de Red Deer sont très différentes. Cela s'applique aussi aux régions de Nouvelle-Écosse.

Ces régions acquièrent une plus grande autonomie. Le rapport Mazankowski fait cette recommandation. Tous les rapports recommandent d'accorder une plus grande autonomie aux régions. Les gouvernements provinciaux jouent plus souvent le même rôle que joue le gouvernement fédéral à l'échelle nationale.

La vice-présidente: Exactement.

M. Nestman: Si l'on veut qu'il y ait uniformité dans une province donnée, il faut élaborer des ententes sur les principes de la prestation des services de santé. Cela aiderait les relations fédérales-provinciales si l'on avait la même vision aux niveaux fédéral et provincial, surtout quand on considère que l'Alberta s'est peut-être déjà orientée dans cette direction.

La question clé est celle-ci: peut-on se contenter de reprendre les principes de la loi fédérale et de les inscrire dans une loi provinciale? Il faudra peut-être les moduler pour les appliquer au niveau provincial. Certaines modifications s'imposent peut-être. Un conseil fédéral-provincial pourrait examiner la question et décider de la façon dont cela pourrait se faire.

Il est logique que nous soyons sur la même longueur d'ondes. Cela ne veut pas dire que le système albertain sera le même que le système de Nouvelle-Écosse. Toutefois, dans l'intérêt d'une plus grande visibilité, les domaines qui sont légiférés provincialement doivent être clairs, et les domaines qui relèvent de la loi fédérale doivent être clairs.

It should also be visible that there is a national system to which the provinces must comply. By extension, it should be seen that the regions must also comply. I think that would send a good message in the regions. They could then include in their mission statements their strategic decisions, reflecting on the provincial version of the Canada Health Act, so that they are steering their regions in a way that is in broad conformity with the overall parameters of the province.

Senator Fairbairn: I thank you very much for sharing that with us. These topics are fraught with angst and controversy. It is an interesting concept. I thank you for putting it on the table.

Senator Morin: I should like to address the federal pharmacare and home care programs. As you pointed out, Canada is unique in the world by being so decentralized. I agree with you that it is unfortunate. Every province is very jealous of its prerogative. I cannot see very well how we can change it, especially in the province I come from.

Everyone has been talking about pharmacare and home care programs. You remember that Minister Roche presented that topic at the provinces three years ago, and that proposal was unanimously turned down. Mind you, had that been accepted we would have national home care at the present time. The provinces wanted the money and ran away with it.

There are many objections coming from the provinces. They say it is very important that the health care delivery system be the responsibility of the provinces. It is very important that all elements be integrated. You alluded to that.

Having a federal program side-by-side with provincial programs introduces all sorts of vices and perverse effects. At least that has been the case historically. I want to commend you on sharing your historical perspective of our health care system. All health care systems are the product of their history.

Federal programs for mental health and tuberculosis resulted in all sorts of perverse effects. Currently, this is seen at the provincial level where hospitals tend to use pharmacare to save part of their budget. Imagine if this were federal. The provinces would have the patients order their drugs from the drug store while in the hospital. A problem results when you have two programs side-by-side and one is funded and managed by the province and the other by the federal government.

We should keep in mind that most provinces already have a pharmacare program. Some of them are quite extensive and others are not so generous. Alberta has one model based on the private insurance system; Quebec has a very generous program; and Saskatchewan has a catastrophic program. I am not sure if the provinces or the people living in those provinces would be prepared to abandon their programs. I fully realize that we are faced with a problem and the fact that there is no catastrophic

Il doit aussi être visible qu'il existe un système national auquel les provinces doivent adhérer. Parallèlement, il doit être entendu que les régions doivent aussi se conformer. Je pense que cela enverrait un message intéressant aux régions, qui pourraient alors inclure dans leurs énoncés de mission des décisions stratégiques, reflétant la version provinciale de la Loi canadienne sur la santé, de manière que les décideurs régionaux puissent orienter leur réseau d'une manière qui est de façon générale conforme aux grands paramètres établis par la province.

Le sénateur Fairbairn: Je vous remercie beaucoup de nous avoir fait part de votre point de vue. Ces questions sont chargées d'émotions et très controversées. C'est un concept intéressant. Je vous remercie de nous l'avoir présenté.

Le sénateur Morin: Je voudrais aborder le dossier des programmes fédéraux d'assurance-médicaments et de soins à domicile. Comme vous l'avez fait remarquer, le Canada est unique au monde par le fait qu'il est tellement décentralisé. Je conviens avec vous que c'est regrettable. Chaque province est très jalouse de ses prérogatives. Je ne vois pas très bien comment on pourrait changer cela, surtout dans la province d'où je viens.

Tout le monde parle de programmes d'assurance-médicaments et de soins à domicile. On se rappelle que le ministre Rock avait présenté ce dossier aux provinces il y a trois ans, et cette proposition a été rejetée à l'unanimité. Si elle avait été acceptée, nous aurions aujourd'hui un programme national de soins à domicile. Les provinces voulaient l'argent, elles l'ont eu et l'ont empoché.

Les provinces soulèvent beaucoup d'objections. Elles disent qu'il est très important que le réseau de prestation de soins de santé relève des provinces. Il est très important que tous les éléments soient intégrés. Vous avez fait allusion à cela.

Le fait d'avoir un programme fédéral côte-à-côte avec les programmes provinciaux introduit toutes sortes de problèmes et d'effets pernicieux. Tout au moins, ça a été le cas historiquement. Je tiens à vous féliciter de nous avoir présenté votre perspective historique sur notre système de soins de santé. Tous les systèmes de soins de santé sont la résultante de leur histoire.

Les programmes fédéraux dans les domaines de la santé mentale et de la tuberculose ont eu beaucoup d'effets pernicieux. À l'heure actuelle, on le constate au niveau provincial, où les hôpitaux ont recours à l'assurance-médicaments pour économiser à même leur budget. Imaginez si ce programme était fédéral. Les provinces ordonneraient à leurs patients de commander leurs médicaments à la pharmacie pendant qu'ils sont hospitalisés. Il y a un problème quand on a deux programmes côte-à-côte et que l'un est financé et administré par la province et l'autre par le gouvernement fédéral.

Nous ne devons pas perdre de vue que la plupart des provinces ont déjà un programme d'assurance-médicaments. Certains sont très complets, tandis que d'autres ne sont pas aussi généreux. L'Alberta a un modèle inspiré du régime d'assurance privée; le Québec a un programme très généreux; et la Saskatchewan a un programme de dernier recours. Je ne suis pas sûr que les provinces ou les habitants de ces provinces seraient disposés à abandonner leur programme. Je me rends pleinement compte que nous avons

drug plan east of Quebec. It is unacceptable that some Canadians cannot afford drugs because they happen to live in a certain part of the country. However, I am not sure that a federal program to solve one issue for one part of the country is the answer.

Similar circumstances apply to home care. Alberta has a good home care program, but should they abandon it for a federally-supported program? A federal program must be managed. If they simply give money to the provinces, it may get used for something else. As you pointed out about the \$23 billion — we know what happened. There were strikes in your own province, illegal or otherwise. Instead of having a home care program, we had a strike. If we give another \$20 million, we may have another strike. There is no end to it. It is a monopoly and no government can resist a strike by health care workers. However, I am sympathetic to federal programs, and that also applies to home care and nursing care.

Some issues are intensely provincial, for example, primary care, as you pointed out. Apart from these two programs, do you think any other federal initiatives could be taken? Do you have a ballpark figure for the cost of these programs? A figure of \$6 billion has been mentioned for pharmacare, but perhaps you have an idea how much home care and nursing care would cost.

Returning to my other questions, some issues are intensely provincial. Have you considered any federal initiatives, apart from these two programs, that would increase efficiency, equality and accessibility of the system? Everyone is in favour of primary care reform and changing the system for physicians, but that area is intensely provincial. Our words here will not have much effect at the provincial level.

I found your comments about equalization and cost sharing to be most interesting. You mentioned all the provinces that would be in favour of having some form of share equation, but not those who would be against it. I am not sure that Ontario and Alberta would be in favour. According to Mr. Martin's figures, the feds pay 62 per cent of the health care costs in Newfoundland; 68 per cent in Prince Edward Island; 55 per cent in Nova Scotia; 53 per cent in New Brunswick; and 29 per cent in Alberta. You may not agree with his figures so I will give you the document if you would like to see it. Should we increase the federal contribution to Newfoundland to 80 per cent or 90 per cent? The percentage is already relatively high.

Mr. Nestman: Those are pertinent issues in terms of trying to implement anything in this country. They must be addressed.

un problème et qu'il n'y a aucun régime d'assurance-médicaments de dernier recours à l'est du Québec. Il est inacceptable que certains Canadiens ne puissent se permettre d'acheter des médicaments parce qu'ils se trouvent dans une certaine région du pays. Par contre, je ne suis pas certain qu'un programme fédéral créé pour résoudre un problème qui subsiste dans une région du pays soit la solution.

La situation est semblable dans le domaine des soins à domicile. L'Alberta a un bon programme, mais devrait-elle l'abandonner au profit d'un programme financé par le fédéral? Si l'on crée un programme fédéral, il faudra l'administrer. Si l'on se contente de donner l'argent aux provinces, celles-ci pourraient le dépenser à d'autres fins. Comme vous l'avez fait remarquer au sujet des 23 milliards de dollars, on sait ce qui s'est passé. Il y a eu des grèves dans votre propre province, parfois illégales. Au lieu d'avoir un programme de soins à domicile, nous avons eu la grève. Si l'on donne encore 20 millions de dollars, nous aurons peut-être une autre grève. Cela n'a pas de fin. C'est un monopole et aucun gouvernement ne peut résister à une grève des travailleurs de la santé. Je suis toutefois favorable à des programmes fédéraux, et cela s'applique autant aux soins à domicile qu'aux maisons de soins infirmiers.

Certains dossiers sont exclusivement provinciaux, par exemple les soins primaires, comme vous l'avez fait remarquer. À part ces deux programmes, pensez-vous que d'autres initiatives fédérales pourraient être prises? Avez-vous une idée approximative du coût de ces programmes? On a évoqué le chiffre de six milliards de dollars pour l'assurance-médicaments, mais peut-être avez-vous une idée de ce que pourraient coûter les soins à domicile et les maisons de soins infirmiers.

Pour revenir à mes autres questions, je disais donc que certains dossiers sont exclusivement provinciaux. Avez-vous envisagé d'autres initiatives fédérales, à part ces deux programmes, qui permettraient d'accroître l'efficience, l'égalité et l'accessibilité du système? Chacun est en faveur d'une réforme des soins primaires et du système de rémunération des médecins, mais ce domaine est de ressort exclusivement provincial. Ce que nous pourrions en dire ici n'aurait pas grand effet au niveau provincial.

J'ai trouvé des plus intéressantes vos observations sur la péréquation et le partage des coûts. Vous avez énuméré toutes les provinces qui seraient en faveur d'une forme quelconque de partage, mais pas celles qui seraient contre. Je ne suis pas sûr que l'Ontario et l'Alberta seraient en faveur. D'après les chiffres de M. Martin, le fédéral paye 62 p. 100 de tous les coûts de la santé à Terre-Neuve; 68 p. 100 en Île-du-Prince-Édouard; 55 p. 100 en Nouvelle-Écosse, 53 p. 100 au Nouveau-Brunswick; et 29 p. 100 en Alberta. Vous n'êtes peut-être pas d'accord avec ces chiffres et je vais donc vous remettre le document si vous voulez en prendre connaissance. Devrions-nous augmenter la contribution fédérale à Terre-Neuve pour la porter à 80 p. 100 ou 90 p. 100? Le pourcentage est déjà relativement élevé.

M. Nestman: Ce sont des questions pertinentes pour ce qui est d'essayer de mettre en oeuvre quoi que ce soit dans notre pays. Il faut y voir.

I should like to address the first question, namely, that the role of the federal government is not one of running a federal program in home care, nursing care or pharmacare. Health is a provincial responsibility and the provinces would not allow a program to be federally run and centralized at the federal level. I do not think the federal government would want to be involved in that either.

I see a situation whereby the federal government would develop a national home care and nursing home act in which the principles of delivery are articulated for nursing homes and home care. It is quite interesting that the Germans and the Japanese found it liberating to develop principles for that area rather than change their sickness programs to accommodate it. Their principles are interesting to note because they are related to chronic care and rehabilitation, and long-term care and continuing care models. They do not relate to the acute care model.

That is the role the federal government promises to develop — the principles of delivery of nursing home care — and then develop an act similar to the Canada Health Act in which cost sharing would take place. The federal government could share the costs with the provincial governments. However, the provincial governments would administer those programs within those principles as they do with the Canada Health Act for hospitals and physician services. That is the only way it will work in our type of system.

For Alberta, which has a good home care program, it could mean making a few modifications. They may be able to make the accommodation right away without making changes. For example, when they implemented the medicare program in 1968 across Canada, Saskatchewan met the requirements immediately, and it was the first province in.

The federal initiative is more "steer and channel," not to administer the program, but to allow the details to be taken care of by the province.

I did not indicate which provinces were against federal initiatives. We know Alberta's situation; we know the situation of the Government of Ontario; and we know the historical and cultural issues surrounding why the Province of Quebec has taken a different stand. You must look back to 1957 when Mr. Paul Martin, Senior introduced a national hospitalization program; and to 1968 when the Pearson government brought in the medical care program. The provinces were not happy campers. Earnest Manning of Alberta was dead-set against the 1968 national medical care program, as were Ontario and some parts of Quebec.

At some point, you can accomplish uniform agreement. Would you say that we should not have gone ahead with those? I say they were major, positive steps that took courage, and that is required

Je voudrais répondre à la première question, nommément que le rôle du gouvernement fédéral ne consiste pas à diriger un programme fédéral de soins à domicile, de maisons de soins infirmiers ou d'assurance-médicaments. La santé est de ressort provincial et les provinces ne permettraient pas qu'un programme soit dirigé par le fédéral et centralisé au niveau fédéral. Je ne pense pas non plus que le gouvernement fédéral voudrait se lancer dans un tel projet.

J'entrevois une situation dans laquelle le gouvernement fédéral légiférerait en adoptant une loi nationale sur les soins à domicile et les maisons de soins infirmiers, loi qui énoncerait les principes pour la prestation de ces services. Il est intéressant de constater que les Allemands et les Japonais ont trouvé que c'était un geste libérateur d'élaborer des principes dans ce domaine, au lieu de changer les programmes d'assurance-maladie pour intégrer le tout. Les principes en question sont intéressants parce qu'ils sons associés aux modèles de soins à longue durée et de réadaptation. Ils ne sont pas associés aux modèles des soins de courte durée.

C'est le rôle que le gouvernement fédéral promet de jouer: établir des principes pour la prestation des soins à domicile et les maisons de soins infirmiers, quitte à élaborer ensuite une loi semblable à la Loi canadienne sur la santé pour assurer le partage des coûts. Le gouvernement fédéral pourrait partager le coût avec les gouvernements provinciaux. Cependant, ce sont les gouvernements provinciaux qui administreraient ces programmes dans le respect de ces principes, comme ils le font pour les hôpitaux et les services des médecins, qui sont régis par la Loi canadienne sur la santé. C'est la seule manière dont cela pourrait fonctionner dans un régime comme le nôtre.

Pour l'Alberta, qui a un bon programme de soins à domicile, cela pourrait entraîner certaines modifications. Les Albertains pourraient peut-être implanter cela tout de suite sans faire de changement. Par exemple, quand le programme d'assurance-maladie a été mis en place en 1968 partout au Canada, la Saskatchewan a pu respecter les exigences immédiatement et elle a été la première province à adhérer au programme.

L'initiative fédérale consiste plutôt à «orienter et canaliser»; non pas à administrer le programme, mais plutôt à s'en remettre aux provinces qui se chargeraient des détails.

Je n'ai pas dit quelles provinces étaient contre les initiatives fédérales. On connaît la situation de l'Alberta; on connaît la situation du gouvernement de l'Ontario; et l'on sait pour quelles raisons historiques et culturelles la province de Québec a adopté une position différente. Il faut remonter à 1957, date à laquelle M. Paul Martin père a introduit un programme national d'hospitalisation; et à 1968, quand le gouvernement Pearson a lancé le programme d'assurance-maladie. Les provinces n'étaient pas très contentes. Ernest Manning, de l'Alberta, était catégoriquement contre le programme national d'assurance-maladie de 1968, tout comme l'Ontario et certaines régions du Québec.

A un moment donné, on ne peut pas faire l'unanimité. Diriezvous que nous n'aurions pas dû aller de l'avant à cette époque? J'affirme que c'étaient des mesures fondamentales et positives qui right now. If you do not have consensus in a federal-provincial program, that does not necessarily mean that a particular province will not come in to the program.

The social union agreement that your colleague brought up earlier does not require uniformity of agreement to move ahead with social programs. That is an issue on which we cannot expect uniformity. Courage must prevail. When the medicare program was presented, the provinces had the option of joining or not. Eventually all the provinces joined. Throughout the process, you could sense the change in public opinion about the national medical care program. It is one of these political strategies that must take place.

It is the same with pharmacare. The national pharmacare program would be provincially run, but it would be run under federal principles of administration, cost sharing and implementation, and it would apply to those drug costs outside the hospitals. You may be able to incorporate pharmacare into the Canada Health Act much more easily than you could incorporate nursing homes and continuing care, because the culture is closer. That is where a modification of the Canada Health Act could take place.

You asked me about the costs, but I do not have that information.

Senator Morin: You seem to be familiar with the German situation. It appears to be fairly expensive. They actually pay cash to the family members.

Mr. Nestman: Yes, they do.

Senator Morin: If someone wants to stay home, they are paid to do that. I do not think we would go that far.

Do you know what it is costing the Germans? I know they have a higher percentage of elderly than we do, but how much does that program cost?

Mr. Nestman: I have the figures, but they would be difficult to express here. I can give them to you later in detail. For the first six years the program had a surplus. They now have a surplus of U.S. \$6 billion in their long-term nursing home program.

We can lean many lessons from the development of that program. One of them is that the Germans considered good assessment to be the important issue when determining whether people should be placed in a nursing home or in a home care program.

Another one is that they tilted the incentives, which you talked about, to lean towards home care rather than nursing homes. The push was to keep people in their homes, which is part of the ont nécessité du courage, et c'est ce qu'il faut actuellement. S'il n'y a pas consensus à l'égard d'un programme fédéral-provincial, cela ne veut pas nécessairement dire qu'une province donnée n'adhérera pas au programme.

L'entente sur l'union sociale que votre collègue a évoquée tout à l'heure n'exige pas l'uniformité pour mettre en place des programmes sociaux. Il s'agit là d'un dossier sur lequel nous ne pouvons pas escompter qu'il y aura uniformité. Il faut faire preuve de courage. Quand le programme d'assurance-maladie a été présenté, les provinces avaient le choix d'y adhérer ou non. En fin de compte, toutes les provinces y ont adhéré. Tout au long du processus, on pouvait sentir l'évolution de l'opinion publique au sujet du programme national d'assurance-maladie. C'est l'un de ces dossiers politiques qui doit donner lieu à des décisions stratégiques.

C'est la même chose pour l'assurance-médicaments. Le programme national d'assurance-médicaments serait dirigé par les provinces, mais sous l'égide de principes fédéraux pour l'administration, le partage des coûts et la mise en oeuvre, et il s'appliquerait aux coûts des médicaments à l'extérieur des hôpitaux. Vous pourriez peut-être englober l'assurance-médicaments dans la Loi canadienne sur la santé beaucoup plus facilement que vous ne pourriez le faire pour les maisons de soins infirmiers et les soins de longue durée, parce que la culture est plus proche. On pourrait modifier la Loi canadienne sur la santé en ce sens.

Vous m'avez interrogé au sujet des coûts, mais je n'ai pas ce renseignement.

Le sénateur Morin: Vous semblez bien connaître la situation en Allemagne. Le programme semble assez coûteux. En fait, l'argent est versé directement aux membres de la famille.

M. Nestman: Oui, c'est bien cela.

Le sénateur Morin: Si quelqu'un veut rester à la maison, il est payé pour le faire. Je ne pense pas que nous pourrions aller aussi loin.

Savez-vous combien cela coûte aux Allemands? Je sais qu'ils ont un pourcentage de personnes âgées plus élevé que nous, mais combien ce programme coûte-t-il?

M. Nestman: J'ai les chiffres, mais il serait difficile d'en donner le détail ici. Je pourrai vous les communiquer plus tard. Le programme a enregistré un surplus pendant les six premières années. Ils ont maintenant un surplus de six milliards de dollars US dans leur programme de soins de longue durée.

Nous pourrions tirer beaucoup de leçons de la mise en place de ce programme. La première est que les Allemands ont jugé qu'une bonne évaluation était l'élément crucial pour déterminer si les gens doivent être placés dans une maison de soins infirmiers ou bien dans un programme de soins à domicile.

Deuxièmement, les Allemands ont infléchi les encouragements, dont vous avez parlé tout à l'heure, plutôt en faveur des soins à domicile que des maisons de soins infirmiers. L'intention était de German family-oriented culture, but they also realized that they were making a change in that they would not have to provide money, cash contributions, to informal caregivers.

The third lesson we can learn from the Germans is that you must have good cost controls and budget limits. The Japanese did not have that, and their costs are going through the roof. The Germans kept below budget, which has resulted in them not having to adjust their fees upwards as much as they thought they would. They are also getting economies by central purchasing through their sickness funds — one system for all, a sole-payer kind of arrangement in the German sense.

Where they made their mistake in the German system is that they underestimated the number of patients that had dementia. They did not make adjustments for that. They also did not consider the capacity restraints for nursing homes and private home care. They brought this money on, and all of a sudden firms were getting into it. As a result, they have overcapacity at this point. That is another lesson we can learn from the German experience.

Their cost control has been good. I suspect we can do the same as the Germans have done. The total costs are laid out.

The important lesson is how they introduced payments for informal care. We should be entertaining that concept in Canada. We know that 25 per cent of patients are in home care right now in this country, and family members are having a "doozer" of a time dealing with that. That is a lot of people.

The caregiver has to give up his or her job in order to work at home. The Germans decided to make a cash contribution to those people and to pay their government pension plan contributions while they were providing care. They provide certified training for informal home caregivers, and they offer continuing education once a year. The government also provides respite care and relief for those informal caregivers.

That program has received wide-scale acceptance, but again they do not pay all the costs. If you are a senior citizen with modest means, your pension will cover it, and you will have some money left over for independent living. Currently, in my province, people in nursing homes are not independent; they are bankrupt. To get into a nursing home in Atlantic Canada means bankruptcy, not in the traditional sense but in a real sense, for the independent individual. The Germans faced the same issue and decided that they would not let that happen.

faire en sorte que les gens restent chez eux, ce qui fait partie de la culture allemande axée sur la famille, mais ils se sont par ailleurs rendus compte qu'ils opéraient un changement en ce sens qu'ils ne seraient pas obligés de donner de l'argent comptant aux aidants naturels.

La troisième leçon que nous pouvons tirer de l'expérience allemande est qu'il faut un bon contrôle des coûts et des limites budgétaires. Les Japonais n'avaient pas établi cela et leurs coûts augmentent en flèche. Les Allemands n'ont pas dépassé leur budget, ce qui fait qu'ils n'ont pas eu besoin d'augmenter les frais autant qu'ils l'auraient cru. Ils réalisent aussi des économies grâce à l'achat centralisé par l'entremise des fonds d'assurance-maladie — un seul système pour tous, un arrangement à contribuable unique à l'allemande.

Là où les Allemands ont commis une erreur, c'est qu'ils ont sous-estimé le nombre de patients atteints de démence. Ils n'ont pas fait de rajustements pour en tenir compte. De plus, ils n'ont pas imposé de limites de capacité pour les maisons de soins infirmiers et les soins à domicile. Ils ont injecté de l'argent et une foule d'entreprises se sont soudainement lancées dans ce créneau. En conséquence, ils ont actuellement une surcapacité. C'est une autre leçon que nous pouvons tirer de l'expérience allemande.

Leur contrôle des coûts a été bon. Je soupçonne que nous pouvons faire exactement comme les Allemands. Le coût total est du domaine public.

La leçon importante, c'est la façon dont ils ont introduit le paiement aux aidants naturels. Nous devrions envisager de le faire au Canada. Nous savons que 25 p. 100 des patients sont actuellement soignés à domicile au Canada, et les membres de la famille ont beaucoup de misère à affronter la situation. Cela touche beaucoup de gens.

Le dispensateur de soins doit renoncer à son emploi pour travailler à la maison. Les Allemands ont décidé de verser une rémunération comptant à ces gens-là et de payer leur cotisation au régime de retraite gouvernemental pendant qu'ils dispensent des soins. Ils ont aussi donné une formation aux dispensateurs de soins à domicile, et ils offrent des cours de recyclage une fois par année. Le gouvernement a aussi mis en place un service de relève pour soulager occasionnellement de leurs tâches ces aidants naturels.

Ce programme jouit d'une acceptation généralisée, mais je précise bien qu'il ne paye pas tous les coûts. Dans le cas d'une personne âgée qui a un revenu modeste, la pension suffit pour payer le reste, et il restera un peu d'argent pour assurer une vie autonome. À l'heure actuelle, dans ma province, les gens placés dans des maisons de soins infirmiers ne sont pas indépendants; ils sont en faillite. Entrer dans une maison de soins infirmiers, dans le Canada de l'Atlantique, cela veut dire faire faillite, non pas dans le sens traditionnel du terme, mais c'est bel et bien la faillite en termes d'indépendance personnelle. Les Allemands ont été confrontés au même problème et ont décidé qu'ils ne laisseraient pas une telle chose se produire.

We should consider cash contributions for informal caregivers, but that would be a provincial matter where the federal government could only recommend principles. Hopefully, the provinces will cover some of those issues.

Senator Morin: I congratulate Mr. Nestman. He is the most knowledgeable witness we have had. His knowledge of historical matters and health care delivery systems outside the country is remarkable.

The Deputy Chairman: You say that the German system is in surplus. Is it funded through a dedicated tax? Are pensioners paying part of their pensions plus a small user fee? What are they using as the base? When you say they have a surplus, what are they using for the revenues?

Mr. Nestman: They have a different system. They have an employer-based kind of health care system where employees and employers pay for their hospital requirements through a sickness fund. The Germans have developed a separate sickness fund for long-term care and nursing homes. It is done in two ways. First, for those employed above a certain income level, the employer and employee pay 50 per cent into this long-term care nursing home program. Usually it starts at age 35 and goes up to 60. After age 60, pensioners pay their own premium into this and the federal government pays their half.

The Deputy Chairman: It is by premium, then?

Mr. Nestman: Yes. It is dedicated. You know exactly where it is going and who is to get credit for it. It has accountability and visibility. That could be done here. You must be creative about how we could develop a dedicated tax, both federal and provincial, that would be dedicated to this program. It requires some imagination to bring it to a Canadian reality.

Senator Cook: I am intrigued with the concept of a Canada health services council and how that might be brought about. You talk about partnerships with both levels of government. You recognized the social union framework, which is probably some barrier to the system. The block funding per capita would be one. If I understand you correctly, you see it as a partnership with the federal government, the provincial government and regional boards.

When I am confused and need to get things back to their simplest forms, I draw a pyramid. It would make more sense to me if I saw somewhere in that mix the deliverers of the system — that is, the people who run the engines to take care of the client to make it work.

I am interested in your structure and the processes, and I am wondering how far out of the box we need to go to attempt implementation, given the fact that the regional boards do have mission statements. At the first two levels, you talk about

Nous devrions envisager de verser des prestations en argent comptant aux aidants naturels, mais cela relèverait des provinces et le gouvernement fédéral pourrait seulement recommander l'application de principes. Il faut espérer que les provinces vont s'occuper de ces dossiers.

Le sénateur Morin: Je félicite M. Nestman. Il est le témoin le mieux informé que nous ayons entendu. Sa connaissance des dossiers historiques et des systèmes de prestation de soins de santé à l'étranger est remarquable.

La vice-présidente: Vous dites que le régime allemand enregistre un surplus. Est-il financé par un impôt spécifique? Les retraités versent-ils une partie de leur pension plus des frais modérateurs minimes? Sur quelle base calcule-t-on cela? Vous dites qu'ils ont un surplus, mais par rapport à quelle base de revenu?

M. Nestman: Ils ont un système différent. Ils ont un régime d'assurance-maladie axé sur l'employeur, dans lequel les employés et les employeurs versent de l'argent dans une caisse-maladie pour payer les frais d'hospitalisation. Les Allemands ont créé une caisse-maladie distincte pour les soins de longue durée et les maisons de soins infirmiers. Cela se fait de deux manières. Premièrement, pour les employés dont le revenu dépasse un certain seuil, l'employeur et l'employé cotisent à parts égales à ce programme de soins de longue durée. Habituellement, l'employé commence à cotiser à l'âge de 35 ans et il cotise jusqu'à 60 ans. Après 60 ans, les retraités payent leur propre cotisation à cette caisse et le gouvernement fédéral paye l'autre moitié.

La vice-présidente: Ce sont donc des cotisations?

M. Nestman: Oui. L'argent est spécialement affecté à ce programme. On sait exactement à quoi il sert et qui s'en voit reconnaître le mérite. La responsabilité et la visibilité sont intrinsèques. Cela pourrait se faire ici. Avec un peu de créativité, nous pourrions mettre au point un impôt spécifique, fédéral et provincial, qui serait consacré spécialement à ce programme. Il faut un peu d'imagination pour transposer cela dans la réalité canadienne.

Le sénateur Cook: Je trouve intéressant le concept d'un conseil des services de santé du Canada et je me demande comment on pourrait créer un tel conseil. Vous avez évoqué des partenariats entre les deux niveaux de gouvernement. Vous avez mentionné en passant le cadre de l'union sociale, qui est probablement dans une certaine mesure un obstacle. Le financement global par habitant est un obstacle. Si je vous ai bien compris, vous envisagez un partenariat entre le gouvernement fédéral, le gouvernement provincial et les régies régionales.

Quand je suis embrouillé et que je sens le besoin de tous simplifier, je dessine une pyramide. Cela m'apparaîtrait plus logique si je voyais quelque part dans ce schéma les dispensateurs, c'est-à-dire les gens qui font fonctionner tout le système, qui s'occupent des clients, qui font le travail.

Je trouve votre structure intéressante, ainsi que les processus, et je me demande dans quelle mesure il faudrait s'éloigner du modèle actuel pour tenter de tout mettre cela en oeuvre, compte tenu du fait que les régies régionales ont des énoncés de mission. Aux deux

incorporating the five principles of the Canada Health Act, that is, at the provincial level and at the regional board level. Would not the mission statement suffice?

I am overwhelmed by all the things we need to do with all the stakeholders within the system. You talk about pulling out of the current systems — whether they are provincial or federal — those that you desire to go into your council.

Could you help me with some of those theories?

Mr. Nestman: The role of the Canada Health Council must be feathered out and clarified. It is an important issue.

For my own vision or sense of it, I go back to what happened in the time of the Dominion Council of Health. That was a joint endeavour between the federal and provincial governments. They were the two partners in it. They had this common secretariat that would work up federal-provincial issues. That does not mean there was agreement, but they were articulated, ventilated, and many times the disagreements dissipated because they worked their way through the system. When they were brought to the policy level, you knew the positions where there was disagreement.

I talked to a person who was involved in that, namely, Fred McKinnon from Nova Scotia. He said that when we went through the Dominion Council of Health, it was good because we came to agreement on federal-provincial issues almost 80 per cent of the time. The council was a way of channelling discussion. We still had 20 per cent of disagreement on issues, but the council was a vehicle by which the total disagreement could be modified. We have total disagreement now because we do not have the structure to articulate it.

The issue is how it will be set up and who will be partners. The idea is to improve federal-provincial dialogue and discussion. As to the partners outside of the federal provincial government, how much impact the regions should have, is an interesting issue. Is this a federal-provincial-regional system? You can only take it back to the discussions we are having now in terms of federal-provincial-municipal. How much clout should municipalities have? This is a current issue in our Canadian system. How should the federal government respond to municipalities? This is a critical issue.

Looking at the regions as another level of government and whether they should be part of a Canada health council is an interesting issue. To me, providers — that is, doctors and nurses — have enough vehicles now to articulate their needs and interests. An impartial Canada health council needs to be a place because, otherwise, an endless group of providers would want to be involved. I do not see them as being central or participants in this council. It would not be a council to air all the views on the health care system; it would be to develop day-to-day management agreements on how the system should be administered and to discuss policy issues so that both sides understand one another and try to come to agreement or, where

premiers niveaux, vous parlez d'incorporer les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé au niveau provincial et au niveau des régies régionales. Est-ce que l'énoncé de mission ne suffirait pas?

Je suis renversée par l'ampleur de la tâche, compte tenu du grand nombre d'intervenants dans le système. Vous évoquez l'idée de retirer des systèmes actuels — qu'ils soient provinciaux ou fédéraux — ceux que vous souhaitez intégrer à votre conseil.

Pourriez-vous élucider ces théories à mon intention?

M. Nestman: Le rôle du Conseil de la santé du Canada doit être allégé et clarifié. C'est important.

Quant à ma façon de voir les choses, j'en reviens toujours à l'époque du Conseil fédéral d'hygiène. C'était une entreprise conjointe des gouvernements fédéral et provinciaux. Les deux étaient partenaires. Il y avait un secrétariat commun qui réglait les contentieux fédéraux-provinciaux. On ne s'entendait pas toujours, mais les désaccords étaient exprimés, discutés, et bien souvent, ils finissaient par s'évanouir dans les engrenages du système. Au niveau de l'élaboration des politiques, on savait sur quel point il y avait désaccord.

J'ai parlé à une personne qui a participé à ce conseil, nommément Fred McKinnon, de Nouvelle-Écosse. Il m'a dit que le Conseil fédéral d'hygiène était une bonne instance parce que l'on parvenait à s'entendre à près de 80 p. 100 quand il y avait désaccord entre le fédéral et les provinces. Le conseil favorisait les discussions. Il y avait encore désaccord sur 20 p. 100 des problèmes, mais le conseil était un instrument qui permettait alors d'apporter des changements en profondeur en cas de désaccord. Aujourd'hui, le désaccord est total parce que nous n'avons aucune structure pour démonter le mécanisme.

La question est de savoir comment tout cela sera mis sur pied et qui seront les partenaires. L'idée est de renforcer le dialogue et la discussion entre les autorités fédérales et provinciales. Quant aux partenaires qui ne sont pas des gouvernements fédéral ou provinciaux, quelle doit être l'influence des régions, c'est une question intéressante. Veut-on un système fédéral-provincial régional? On peut comparer aux discussions qui ont lieu actuellement dans le domaine fédéral-provincial-municipal. Quelle devrait être l'influence des municipalités? C'est un problème qui se pose actuellement dans notre système canadien. Quelle doit être l'attitude du gouvernement fédéral face aux municipalités? C'est une question cruciale.

Considérer les régions comme un autre palier de gouvernement et se demander si elles devraient faire partie d'un éventuel conseil canadien de la santé, voilà qui est une problématique intéressante. Pour moi, les dispensateurs, c'est-à-dire les médecins et les infirmières, ont actuellement suffisamment d'instruments pour formuler leurs besoins et manifester leurs intérêts. Un conseil canadien de la santé doit être impartial parce que, autrement, un nombre infini de fournisseurs et de dispensateurs voudraient s'en mêler. Je n'envisage pas qu'ils seraient membres de ce conseil. Ce ne serait pas un conseil chargé d'exprimer les vues de tout le monde sur le régime de soins de santé; son rôle serait d'élaborer des ententes de gestion des affaires courantes pour décider

they disagree, allow some discussions to take place in a more impartial environment. That is my vision of it. The Dominion Council of Health did not have providers on it.

Who would be involved in this? I see it as being limited. The regions report to their departments of health. That would be their vehicle of input into a Canada health council. I can see the provinces possibly developing their own health councils within the province, although I have some difficulties with smaller provinces doing this.

Senator Cook: I come from a small province.

Mr. Nestman: So do I.

Senator Cook: I have been attempting to interface this in my home province of Newfoundland. As I look at it here, it is exclusive. We have excluded the deliverers of the service from the concept here. They need to be included at some level, whether it will be at the regional board level, because they know best. At the top, I can see policy and funding matters and some other components being important, especially when you pull out from existing agencies. We must be able to do a good piece of work outside the box. However, it is just as important to have the involvement of other piece, that is, the medical professions who are the deliverers of the service. I do not see how you can develop policy for a country as diverse as Canada if the other level does not have some input.

Mr. Nestman: When the Dominion Council of Health was operating, while the providers were not on the council, there were committee meetings where the physicians were brought in for a discussion. They would prepare a position paper and say, "We better vet this with the nurses, doctors and lab techs to get their input." It was not a closed system; it was certainly open.

Senator Cook: That is how I understand it here. This is why I am asking you to help me walk through it.

Mr. Nestman: Their input was more advisory when they were asked to reflect on issues before the council. That is where I would see their input being brought in, rather than it being central to of the formulation. Who should be members of the council is an interesting issue. If you put too many people on a board, you will end up facing the same issues we face now.

Senator Cook: You define the job for the board and then you decide who will be on that board.

Mr. Nestman: To me, at this point in time, governments need a place to reflect, and I do not think they have that. They are in a hothouse environment; that is why deputies and ministers are

comment le système doit être administré, et de discuter de grandes questions de principe pour que les deux parties se comprennent bien et tentent de s'entendre, ou bien, en cas de désaccord, pour que la discussion puisse prendre place dans un environnement plus impartial. Voilà la façon dont je l'envisage. Le conseil fédéral d'hygiène ne comptait pas de dispensateurs parmi ses membres.

Qui en serait membre? Ce serait un cercle restreint, selon ma vision des choses. Les régions relèvent de leur ministère de la Santé. C'est par cet intermédiaire qu'elles auraient leur mot à dire au conseil canadien de la santé. Les provinces pourraient peutêtre mettre sur pied leur propre conseil de la santé dans chaque province, quoique j'ai un peu de mal à imaginer que cela se fasse dans les petites provinces.

Le sénateur Cook: Je viens d'une petite province.

M. Nestman: Moi aussi.

Le sénateur Cook: J'ai essayé de débrouiller cela dans ma propre province de Terre-Neuve. De la façon dont je vois les choses, c'est exclusif. Nous avons exclu les dispensateurs du service de notre concept. Il faut bien les inclure à un niveau quelconque, peut-être au niveau des régies régionales, parce qu'ils sont les mieux placés sur le terrain. Au sommet, je peux comprendre que les questions de principe et de financement et quelques autres éléments sont importantes, surtout si l'on se retire des organismes existants. Nous devons pouvoir faire pas mal de travail à l'extérieur du cadre. Cependant, il est tout aussi important de mettre en cause l'autre partie, c'est-à-dire les professions médicales, qui sont les dispensateurs des services. Je ne vois pas comment on peut mettre au point une politique satisfaisante pour un pays aussi diversifié que le Canada si l'autre partie prenante n'a pas son mot à dire.

M. Nestman: Quand le Conseil fédéral d'hygiène était opérationnel, même si les dispensateurs n'étaient pas membres du conseil, il y avait des réunions de comité où l'on invitait des médecins à participer aux discussions. On rédigeait un exposé de position et l'on disait: «Il vaudrait mieux consulter à ce sujet les infirmières, les médecins et les techniciens de laboratoire, pour connaître leurs vues». Ce n'était pas un système clos; tout était ouvert.

Le sénateur Cook: C'est en effet comme cela que je vois les choses. C'est pourquoi je vous demande de me guider dans ce labyrinthe.

M. Nestman: Leur participation était plutôt consultative quand on leur demandait de donner leur opinion sur certaines questions devant le conseil. C'est à ce niveau que j'envisage leur participation, plutôt qu'au coeur même de la formulation des politiques. Quant à savoir qui doit être membre du conseil, c'est une question intéressante. Si les membres d'un conseil sont trop nombreux, nous aurons les mêmes problèmes que nous avons aujourd'hui.

Le sénateur Cook: Vous définissez la tâche du conseil, après quoi vous décidez qui en sera membre.

M. Nestman: Pour moi, au point où nous en sommes, les gouvernements ont besoin d'un lieu de réflexion, ce qui n'existe pas à l'heure actuelle. Ils sont dans un environnement de serre

turning over. Having permanency through a body such as a Canada health council would enable that federal-provincial kind of dialogue to take place. The deputy ministers have their council right now; the ministers of health have their councils now, so those functions could be rolled into a Canada health council. It is not a new invention. It is a matter of trying to bring everything together. I see the permanent secretariat as the important component that is missing.

The Deputy Chairman: This is just for clarification. What was the rationale at the time for the Dominion Council of Health being disbanded? Do you see there being a new oversight body much like we are talking about, an arm's length agency which would provide accountability? How do you see us getting this back in the box, so to speak?

Mr. Nestman: There are two issues there. The Dominion Council of Health started after Saskatchewan initiated its programs, and then the federal government and the other provinces became interested in that program. They realized that they needed a permanent kind of a secretariat to deal with federal-provincial issues and they saw it becoming a national body at some point in time. It grew out of a need, and then during Trudeau's era, it mysteriously disappeared. Those were the times of more difficult federal-provincial relationships. It was swept out then which, to me, was unfortunate.

Looking at impartiality from a provincial point of view is an interesting topic. I was talking earlier about the 1970s when they were developing these hospital and medical care commissions. The chief economist for the Hall Royal Commission in 1964, started a tremendous amount of thinking when he raised the question of whether health care in each province should be set up as a Crown corporation in which the day-to-day administration of the program could be taken out, providing some impartiality. Peter Meekison, a prominent political scientist from the University of Alberta, also started talking about this, as did quite a few people in Ontario. However, it dissipated because we went through an era of getting rid of these commissions in an effort to coordinate the system.

It would be interesting to consider whether such a Crown corporation could look after the day-to-day operations of the health care system. You saw remnants of that in Ontario when they set up the Ontario Health Services Restructuring Commission. They moved aside the restructuring model and said, "Go do your job." You would not have to go much further to say, "After you do the restructuring, make it a Crown corporation which will run the system."

The idea is to move the day-to-day operations out of the Department of Health and develop an impartial system. You can never be totally impartial in this environment — no Crown corporation ever is. However, I think there are some defined tasks

chaude; c'est pourquoi les ministres et les sous-ministres vont et viennent. L'instauration d'une certaine permanence dans un organisme comme un conseil canadien de la santé permettrait la tenue d'un dialogue fédéral-provincial. Les sous-ministres ont actuellement leur conseil; les ministres de la Santé ont également leur conseil, et ces fonctions seraient amalgamées à celles d'un conseil canadien de la santé. Ce n'est pas une nouvelle invention. Il s'agit seulement d'essayer de rassembler des éléments actuellement épars. À mes yeux, le secrétariat permanent est l'élément important qui manque actuellement.

La vice-présidente: Je voudrais une précision. Quelle raison a-t-on invoqué à l'époque pour dissoudre le conseil fédéral d'hygiène? Selon vous, y aurait-il un nouvel organe de supervision comme celui dont on parle, un organisme indépendant qui assurerait la reddition de comptes? D'après vous, comment pourrions-nous refermer la boîte de Pandore, pour ainsi dire?

M. Nestman: Vous avez soulevé deux questions. Le Conseil fédéral d'hygiène a été créé après que la Saskatchewan eut lancé ses programmes, quand le gouvernement fédéral et les autres provinces ont commencé à s'intéresser à ce programme. Ils se sont rendu compte qu'il fallait une sorte de secrétariat permanent pour s'occuper des questions fédérales-provinciales, et ils envisageaient que cela deviendrait à un moment donné un organisme d'envergure nationale. Le conseil est donc né d'un besoin, et ensuite, pendant l'ère Trudeau, il a mystérieusement disparu. À cette époque, les relations fédérales-provinciales étaient particulièrement difficiles. Le conseil a alors été balayé, ce qui m'apparaît regrettable.

Envisager l'impartialité sous l'angle provincial, voilà une question intéressante. Je parlais tout à l'heure des années 70, alors que l'on a créé des commissions chargées des hôpitaux et des soins médicaux. L'économiste en chef de la commission royale Hall, en 1964, a lancé tout un débat quand il a soulevé la question de savoir si, dans chaque province, on pourrait mettre sur pied une société d'État qui s'occuperait de l'administration courante du programme, ce qui instaurerait une certaine impartialité. Peter Meekison, un éminent politicologue de l'Université de l'Alberta a également commencé à promouvoir cette idée, de même que beaucoup de gens en Ontario. Le projet ne s'est toutefois jamais concrétisé, parce que nous avons traversé une ère où l'on se débarrassait de ces commissions dans un effort pour coordonner le système.

Il serait intéressant d'examiner si une telle société d'État pourrait s'occuper de l'administration courante du régime d'assurance-maladie. Vous en avez vu des vestiges en Ontario quand on a créé la Commission de restructuration des services de santé. Les Ontariens ont dépassé le modèle existant et ont dit aux intervenants: «Allez-y, faites votre travail». Vous n'auriez pas besoin d'aller beaucoup plus loin, il suffirait de dire: «En bout de ligne, la restructuration débouchera sur une société d'État qui dirigera le système».

L'idée est de transférer les activités courantes du ministère de la Santé et de mettre sur pied un système impartial. On ne peut jamais être absolument impartial dans ce milieu, aucune société d'État ne l'est jamais. Je pense toutefois qu'il y a certaines tâches

in each province that could be handled by an impartial organization. That, then, would still allow the departments of health to manage. I do not think they have done a good job steering, channelling or sending strategic messages to the system.

The Deputy Chairman: It was certainly the view of the people at our round table on Monday to retain the provincial departments of health. These bodies in the provinces would then directly link into the oversight body that you are suggesting now.

Mr. Nestman: They could, yes. You could develop a relationship there, because to me there are some linkages. I hate to recommend another layer in the system. That is why I am trying to ask in my paper: What areas of the health system could we absorb into these bodies so that we are not just duplicating functions?

My concern is that, currently, federally and provincially, we are starting quality councils and research institutes. These are all good initiatives, but I am afraid that by 2005 or 2006 we will be asking, "How do we make sense of all these agencies? How will they be administered and coordinated?" That is why you will notice I am asking: What areas could a Canadian council or provincial body absorb that we are already dealing with? With imagination, you could probably do some of that so that you are not just adding new money or creating other functions.

The Deputy Chairman: You are taking about creating another layer.

Senator Cook: Equalization is not a very nice word in my part of Canada. It was wonderful in the beginning. However, we believe the formula is punitive because it is per capita, and all of the Atlantic provinces suffer from out-migration for one reason or another. If we were to consider equalization in this scheme of things, we would have to walk far outside the box to see what was fair for Canadians.

Mr. Nestman: You are right in that it will require a courageous step. However, I think it should be done differently from how it was done in the past. It is interesting to look at the literature on the experience with cost sharing in Western Europe and even in the United States. Some changes in views are happening right now in terms of how cost sharing and equalization can be put together.

I have an interesting book here, which has yet to be published, which comes from the WHO observatory in Copenhagen. One of the conclusions is, if you have cost sharing with equalization, you have to recognize the costs of the system and a population health element.

People may ask: Why not use population funding totally? The problem is there is no existing risk adjustment system that takes into account the variations. The Netherlands and Germany found

définies dans chaque province qui pourrait être assumée par une organisation impartiale. Les ministères de la Santé auraient quand même leur place au sommet. Je ne pense pas qu'ils ont fait du très bon travail pour ce qui est d'orienter, de canaliser ou de transmettre des messages stratégiques dans le réseau.

La vice-présidente: C'était assurément l'avis des participants à notre table ronde de lundi, qu'il fallait conserver les ministères provinciaux de la Santé. Ces organisations provinciales seraient ensuite directement liées à cette entité de supervision que vous proposez.

M. Nestman: C'est possible, oui. On pourrait établir des liens associatifs, parce que je crois que tout est lié. Je répugne à recommander d'ajouter un autre rouage au système. C'est pourquoi je m'efforce de poser la question dans mon mémoire: quels éléments du réseau de la santé pourrions-nous absorber dans ces entités, de manière à ne pas faire double emploi?

Ce qui me préoccupe, c'est qu'actuellement, aux niveaux fédéral et provincial, nous mettons sur pied des conseils de la qualité et des instituts de recherche. Ce sont toutes de bonnes initiatives, mais je crains que d'ici 2005 ou 2006, nous nous demanderons: «> Comment organiser tout cela de manière logique? Comment assurer l'administration et la coordination de toutes ces organisations?» C'est pourquoi vous remarquerez que je pose la question suivante: Quel secteur dont nous nous occupons déjà pourrions-nous absorber dans un conseil canadien ou un organisme provincial? Avec un peu d'imagination, vous pourriez probablement faire cette rationalisation, pour éviter d'ajouter tout simplement des dépenses ou de créer de nouvelles fonctions.

La vice-présidente: Vous proposez quand même la création d'un nouveau rouage.

Le sénateur Cook: La péréquation n'est pas un très joli mot dans mon coin du Canada. C'était merveilleux au début. Nous croyons toutefois que la formule est punitive parce que c'est un montant calculé par habitant, et que toutes les provinces de l'Atlantique souffrent d'émigration, pour une raison ou pour une autre. Si l'on envisageait d'instaurer la péréquation dans ce régime, il faudrait faire preuve de beaucoup d'imagination pour trouver une formule qui soit équitable pour les Canadiens.

M. Nestman: Vous avez raison de dire qu'il faudra du courage. Je crois toutefois qu'il faudrait s'y prendre différemment, par rapport à ce qui s'est fait dans le passé. C'est intéressant de lire ce qui s'est publié sur l'expérience du partage des coûts en Europe occidentale et même aux États-Unis. Certains mouvements d'opinion se dessinent actuellement quant à la manière de conjuguer le partage des coûts et la péréquation.

J'ai ici un livre intéressant qui n'a pas encore été publié et qui provient de l'observatoire de l'OMS à Copenhague. L'une des conclusions est que si l'on instaure le partage des coûts et la péréquation, il faut tenir compte du coût du système et intégrer un élément de la santé des populations.

Les gens poseront la question: Pourquoi ne pas financer le tout entièrement en fonction de la population? Le problème est qu'il n'y a pas actuellement de système de rajustement du risque qui that they can only adjust for 30 per cent of the attributes of health between one region and another. They recognized that they do not have the technical capability for the other 70 per cent.

Actual costs equalization is still important because of the capacity of places like Newfoundland and New Brunswick which do not have the fiscal capacity. Both components should be in place.

When doing population health funding through equalization cost sharing, you must be careful of the incentives you send out in terms of population health. For example, if we know Cape Breton has a high obese population, should we reward them by giving them more money for that, or should we withdraw money so they reduce their obesity? That a crucial decision because the signal you send will set perverse or positive incentives either way. That is a crucial issue. The observatory found that we have to be creative. If we are going to send signals, we must make sure they are important.

Senator Cook: Population health is tied to the geography of my province, as it is in most of Canada. We need to look at where people live and what services we can realistically provide for in the area of population health.

We are an aging population. Workers move to urban centres where there are jobs. Population health and how we approach it are sensitive areas, given the geography of where we live. That is true of all the Maritime provinces.

The Deputy Chairman: That also applies to Northern Ontario.

Senator Cook: What other infrastructures are there? There is no point in having a good population health program if there is nothing to support the area.

Mr. Nestman: I am certainly sensitive to that in Nova Scotia. We are experiencing difficulties in Atlantic Canada, and I think Alberta and Manitoba share some of our concerns.

Certain services are difficult to provide in our provinces because they are high-cost services, for example, lung transplants. We have a difficult time staffing those procedures. A Canada council such as I am talking about could make decisions on national programs. We could finance a national centre where certain procedures could be done.

For example, in India, with a population of close to 1 billion, a major problem that arose was the incidence of cataracts. Cataract surgery was going on all over the country. It was decided that the surgeries would be performed in nine sites, and that they would pay people to go from their homes to the places where the surgery would be done. It became a national issue, because so many elderly people required cataract surgery.

tienne compte des fluctuations. Les Pays-Bas et l'Allemagne ont constaté qu'ils peuvent seulement rajuster à hauteur de 30 p. 100 les attributs de la santé d'une région à l'autre. Ils reconnaissent qu'ils n'ont pas la capacité technique leur permettant de faire le reste, soit 70 p. 100.

L'égalisation des coûts réels demeure importante, parce que Terre-Neuve et le Nouveau-Brunswick, par exemple, n'ont pas la même capacité fiscale. Les deux composantes doivent donc être en place.

En finançant la santé de la population par une formule de partage des coûts et d'égalisation des coûts, il faut faire attention aux encouragements que l'on crée en terme de santé de la population. Si l'on sait par exemple qu'il y a beaucoup de gens obèses au Cap-Breton, devrions-nous les récompenser en leur donnant plus d'argent, ou devrions-nous plutôt retirer de l'argent pour qu'ils réduisent leur obésité. C'est une décision cruciale, parce que le signal qu'on transmet peut avoir des effets positifs ou pernicieux. C'est une question cruciale. L'observatoire a constaté qu'il faut faire preuve d'imagination. Si nous devons envoyer des signaux, nous devons nous assurer qu'ils sont importants.

Le sénateur Cook: La santé de la population est liée à la géographie dans ma province, comme dans la plupart des régions du Canada. Il faut voir où les gens habitent et quels services nous pouvons assurer, de façon réaliste, dans le domaine de la santé de la population.

Nous sommes une population vieillissante. Les travailleurs émigrent vers les grandes villes où se trouvent les emplois. La santé publique et la façon dont on l'aborde sont des dossiers sensibles, compte tenu de la géographie de notre pays. C'est vrai de toutes les provinces maritimes.

La vice-présidente: Cela s'applique aussi au Nord de l'Ontario.

Le sénateur Cook: Quels sont les autres éléments de l'infrastructure? Il ne sert à rien d'avoir un bon programme de la santé de la population s'il n'y a rien pour aider une région à se sortir du trou.

M. Nestman: Je suis certainement sensible à cela en Nouvelle-Écosse. Nous éprouvons des difficultés dans le Canada de l'Atlantique, et je pense que l'Alberta et le Manitoba partagent nos préoccupations à cet égard.

Certains services sont difficiles à assurer dans nos provinces parce que leur coût est élevé, par exemple les greffes du poumon. Nous avons beaucoup de misère à attirer les compétences voulues pour de telles interventions. Un conseil canadien comme celui dont je parle pourrait prendre des décisions dans le cadre de programmes nationaux. Nous pourrions financer un centre national où certaines interventions médicales auraient lieu.

Par exemple, en Inde, pays de près d'un milliard d'habitants, l'incidence des cataractes a posé un grave problème. On faisait des interventions chirurgicales pour soigner la cataracte un peu partout dans le pays. Il a été décidé que ces opérations seraient centralisées dans neuf hôpitaux et que l'on payerait les gens pour se déplacer pour aller se faire opérer. C'est devenu un problème national, parce qu'il y a tellement de personnes âgées qui ont besoin d'une opération pour la cataracte.

That has improved the quality of care of delivery of cataract surgery in that country to the point where many of our ophthalmologists are travelling to India because they want to be involved in one of these specialized focus units. The volume of care moving through there, both complicated and easy operations, is so high, as is the quality of care, that they can get good training within two or three weeks because they run across every type of problem.

We may have to make the decision to centralize certain programs. They can be distributed. A council, such as the one we discussed, is the only body within which we will be able to reach that kind of agreement. That is where the trade-offs can take place. Alberta could get a centre and another province could get another one. That is the kind of manoeuvrability that could take place within a Canada council. We do not have that vehicle at present. Certain services are so costly and require such a high volume that we do not need them all over the country.

We may be able to help Newfoundland or Saskatchewan by giving them a centre for a particular service. Nobody likes to travel in our large country, but the pragmatics of the future may require it.

Denmark has centralized all their diabetics in a clinic in Copenhagen which provides three-quarters of the country's diabetic services. Nobody has complained about that. The quality of care at the clinic is internationally renowned at this time. It was a great decision to make 25 years ago.

Senator Keon: You just raised a very important point. I have had the personal experience of administering six national programs, and they are the only game in the country, so to speak. They occur by serendipity. What happens is you obtain research funding to try something, and when you get into the clinical arena, word gets out across the country that you can do this. Then you have to go to all the provincial deputy ministers of health to work out a funding arrangement to recoup the costs. I would endorse your idea, as there is no mechanism for dealing with this now other than many telephone calls.

Mr. Nestman: I would agree with what the senator said 100 per cent.

In closing, I would just say that your committee is at a historic time right now. Ernest Manning set up the first universal maternity hospital and child program in North America. It was a courageous decision. Tommy Douglas established the hospitalisation medicare program, another courageous decision. Paul Martin implemented some national senior programs. Castonguay in Quebec took courageous steps. He did not have

Ce changement a amélioré la qualité des soins et des opérations chirurgicales pour la cataracte dans ce pays, au point où beaucoup d'ophtalmologistes canadiens s'en vont en Inde parce qu'ils veulent travailler dans l'une de ces unités spécialisées. Cette opération chirurgicale est à la fois compliquée et facile, et le nombre de patients qui défilent dans ces centres est tellement élevé et la qualité des soins est tellement bonne que les médecins peuvent obtenir là-bas une bonne formation en deux ou trois semaines parce qu'ils sont confrontés à tous les problèmes possibles.

Nous devrons peut-être prendre la décision de centraliser certains programmes. Cela pourrait être réparti. Un conseil comme celui dont on discute est le seul organe qui permettrait d'en arriver à un accord là-dessus. C'est là que l'on peut faire des compromis. L'Alberta pourrait obtenir un centre et une autre province en obtiendrait un autre. Voilà le genre de grande manoeuvre qui pourrait prendre place au sein d'un conseil canadien. Nous n'avons pas un tel mécanisme à l'heure actuelle. Certains services sont tellement coûteux et exigent un volume tellement élevé que nous n'avons pas besoin de les offrir partout au Canada.

Nous pourrons peut-être aider Terre-Neuve ou la Saskatchewan en leur donnant un centre offrant un service particulier. Personne n'aime voyager dans notre grand pays, mais les pragmatiques l'exigeront peut-être à l'avenir.

Au Danemark, tous les services aux diabétiques ont été centralisés dans une clinique de Copenhague qui assure les trois quarts des services aux diabétiques de ce pays. Personne ne s'en est plaint. La qualité des soins à la clinique est actuellement réputée dans le monde entier. C'était une grave décision à prendre il y a 25 ans.

Le sénateur Keon: Vous venez de soulever un point très important. J'ai personnellement fait l'expérience d'administrer six programmes nationaux, qui représentent pour ainsi dire la marotte de notre nation. Ces programmes naissent un peu au hasard. Ce qui arrive, c'est que l'on obtient un budget de recherche pour essayer quelque chose, et ensuite, quand on arrive au domaine clinique, le bouche-à-oreille fait son oeuvre et tout le monde au pays apprend que l'on peut faire ceci ou cela. Il faut alors faire la tournée des sous-ministres de la Santé des provinces pour mettre au point une formule de financement pour recouvrer les coûts. Je suis prêt à appuyer votre idée, car il n'existe actuellement aucun mécanisme pour encadrer tout cela, autre que les appels téléphoniques.

M. Nestman: Je suis entièrement d'accord avec ce que le sénateur vient de dire.

En terminant, je voudrais simplement dire que votre comité se trouve actuellement à la croisée des chemins. Ernest Manning a créé le premier programme universel de maternité et d'hospitalisation des enfants en Amérique du Nord. C'était une décision courageuse. Tommy Douglas a créé le programme d'hospitalisation et d'assurance-maladie, ce qui était une autre décision courageuse. Paul Martin a mis en oeuvre certains

all the information he needed to do it, but he made a major step to move the Quebec health care system in a new direction. There have been other leaders in Canada.

You are not going to get perfect information to act on home care, nursing homes or primary care. It takes courage. I would encourage you to be courageous and be remembered as the body that implemented national programs. We all have heard in the past that we cannot afford it. The provinces said they could not afford hospitalisation, medicare or Monique Begin's 1983 Canada Health Act. Hospitals in Quebec said they could not afford Castonguay's visions.

At some point in time you have to make a leap and move ahead. We know more about primary care now than we ever have. We know a lot about home care in this province, and a lot about nursing homes and pharmacare. Let us get on with it. Take a courageous step and write a bold report.

The Deputy Chairman: That is what the Canadian public wants as well. They want some leadership and courage to be shown in dealing with this issue.

On behalf of the committee, I would thank you, Professor Nestman, for a most interesting presentation. I am sure we will be calling you back on some of these issues.

The committee adjourned.

programmes nationaux pour les personnes âgées. Castonguay, au Québec, a pris des mesures courageuses. Il n'avait pas toute l'information dont il avait besoin pour le faire, mais il a pris une décision radicale en orientant le régime d'assurance-maladie du Québec dans une nouvelle direction. Il y a eu d'autres chefs de file au Canada.

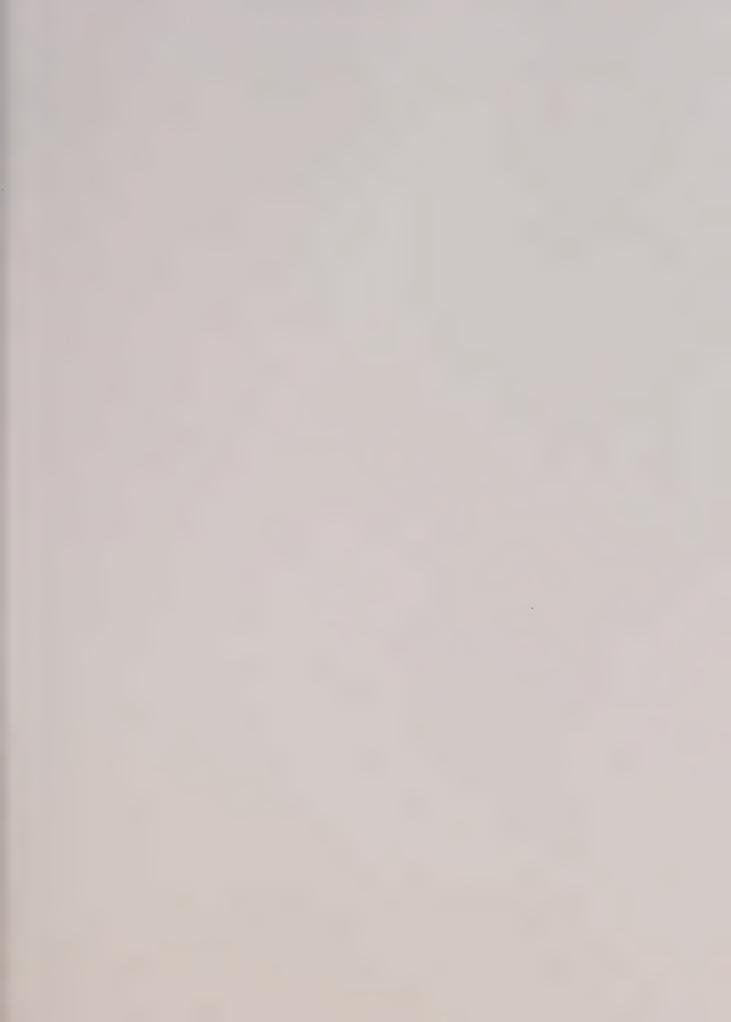
Vous n'aurez jamais une information parfaite pour agir dans le dossier des soins à domicile, des maisons de soins infirmiers ou des soins primaires. Il faut du courage. Je vous encourage à être courageux et à vous inscrire dans la mémoire collective comme l'organisme qui a mis en oeuvre des programmes nationaux. Nous avons tous entendu dire dans le passé que nous ne pouvons pas nous le permettre. Les provinces ont dit qu'elles ne pouvaient pas se permettre l'hospitalisation, l'assurance-maladie ou la Loi canadienne sur la santé proposée en 1983 par Monique Bégin. Les hôpitaux au Québec ont dit qu'ils ne pouvaient pas se permettre de réaliser les rêves de Castonguay.

À un moment donné, vous devez foncer et faire un bond en avant. Nous en savons plus long aujourd'hui sur les soins primaires que nous n'en avons jamais su. Nous en savons un bout sur les soins à domicile dans notre province, et nous en savons beaucoup aussi sur les maisons de soins et l'assurance-médicaments. Passons à l'action. Entrez courageusement dans l'avenir et rédigez un rapport audacieux.

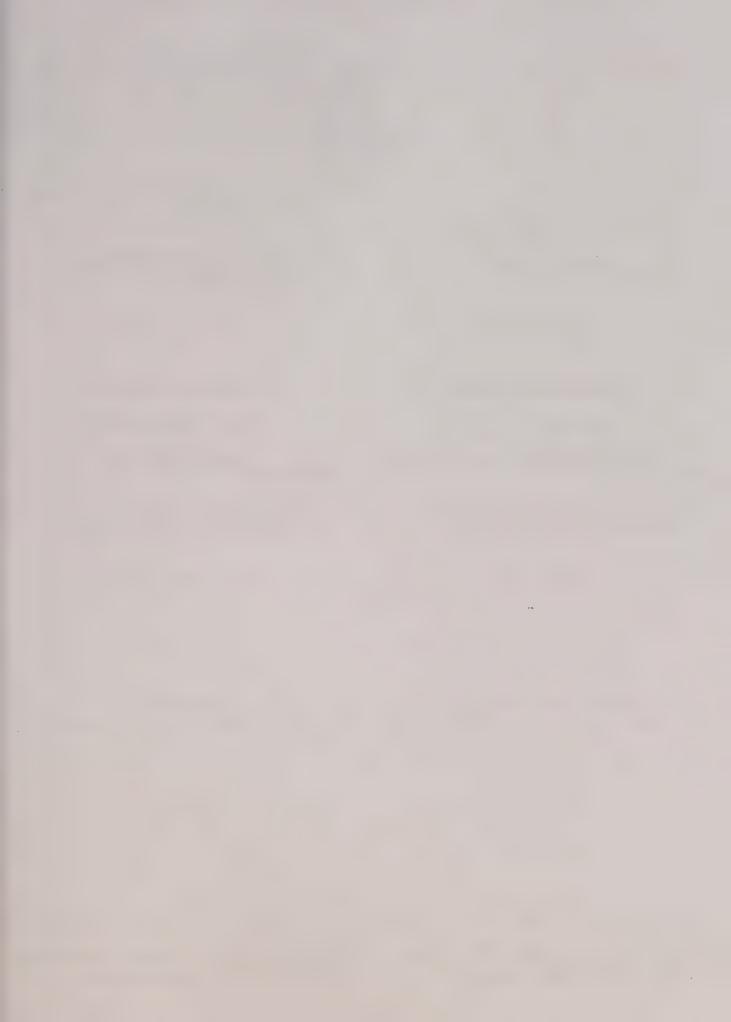
La vice-présidente: C'est ce que le grand public canadien veut également. Les canadiens veulent que l'on fasse preuve de leadership et de courage dans ce dossier.

Au nom du comité, je vous remercie, professeur Nestman, pour votre exposé des plus intéressants. Je suis certaine que nous vous convoquerons de nouveau pour discuter de ces questions.

La séance est levée.









If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada – Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison, retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada – Édition 45 Boulevard Sacré-Coeur
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESS

Thursday, May 9, 2002:

From Dalhousie University:

Professor Lawrence Nestman, School of Health Services Administration.

TÉMOIN

Le jeudi 9 mai 2002

De l'Université Dalhousie:

Lawrence Nestman, professeur, École d'administration des service de soins de santé.

Available from:
Public Works and Government Services Canada – Publishing
Ottawa, Canada K1A 0S9
Also available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

En vente: Travaux publics et Services gouvernementaux Canada – Édition Ottawa, Canada K1A 0S9 Aussi disponible sur internet: http://www.parl.gc.ca CA1 VC26 -S51



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

SENATE OF CANADA

Proceedings of the Standing Senate Committee on

Social Affairs, Science and Technology

Chair:

The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, May 22, 2002

Issue No. 56

Fifty-third meeting on:

The state of the health care system in Canada

WITNESSES: (See back cover)

Première session de la trente-septième législature, 2001-2002

SÉNAT DU CANADA

Délibérations du Comité sénatorial permanent des

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:

L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 22 mai 2002

Fascicule nº 56

Cinquante-troisième réunion concernant:

L'état du système de soins de santé au Canada

TÉMOINS: (Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*and

The Honourable Senators:

Callbeck

* Carstairs, P.C.
(or Robichaud, P.C.)
Cook
Cordy
Di Nino
Fairbairn, P.C.

Keon

* Lynch-Staunton
(or Kinsella)
Morin
Pépin
Robertson
Roche

* Ex Officio Members

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to Rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Pépin substituted for that of the Honourable Senator Léger (May 22, 2002).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Keon

* Lynch-Staunton
(ou Kinsella)
Morin
Pépin
Robertson
Roche

* Membres d'office

(Quorum 4)

Modification de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Pépin est substitué à celui de l'honorable sénateur Léger (le 22 mai 2002.)

Published by the Senate of Canada

Publié par le Sénat du Canada

Available from: Communication Canada Canadian Government Publishing, Ottawa, Ontario K1A 089

En vente: Communication Canada – Édition Ottawa (Ontario) K1A 0S9

Also available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

Aussi disponible sur internet: http://www.parl.gc.ca

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, May 22, 2002 (67)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in room 705, Victoria Building, at 12:35 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Fairbairn, P.C., Keon, Kirby, LeBreton, Morin and Roche (7).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (For complete text of Order of Reference see proceedings of the committee, Issue No. 2.)

WITNESSES:

From the Canadian Medical Association:

Dr. Peter Barrett, Past President;

Dr. Susan Hutchison, Chair, GP Forum.

From the Ontario Medical Association:

Dr. Elliot Halparin, President;

Dr. Kenneth Sky, Past President.

From the Ontario Hospital Association:

Mark Rochon, Member, Advocacy Committee.

From the Association of Canadian Academic Healthcare Organizations:

Glenn G. Brimacombe, Chief Executive Officer.

From the University Health Network:

Kevin Empey, Chief Financial Officer.

The Chair made a statement.

Dr. Halparin made a statement. Dr. Sky made a statement. Dr. Barrett made a statement. Dr. Hutchison made a statement. The witnesses answered questions.

At 2:43 p.m., the sitting was suspended.

At 3:50 p.m., the sitting was resumed.

Mr. Rochon made a statement. Mr. Empey made a statement. Mr. Brimacombe made a statement. The witnesses answered questions.

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 22 mai 2002 (67)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 12 h 35, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (président).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Fairbairn, c.p., Keon, Kirby, LeBreton, Morin et Roche (7).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit l'examen spécial de l'état du système de soins de santé au Canada (voir le texte complet de l'ordre de renvoi dans le fascicule n° 2 des délibérations du comité).

TÉMOINS:

De l'Association médicale canadienne:

Dr Peter Barrett, ancien président;

Dre Susan Hutchison, présidente, Forum des omnipraticiens.

De l'Ontario Medical Association:

Dr Elliot Halparin, président;

Dr Kenneth Sky, ancien président.

De l'Association des hôpitaux de l'Ontario:

Mark Rochon, membre, Comité de défense.

De l'Association canadienne des institutions de santé universitaires:

Glenn G. Brimacombe, président-directeur général.

Du University Health Network:

Kevin Empey, directeur financier.

Le président fait une déclaration.

Le Dr Halparin fait une déclaration. Le Dr Sky fait une déclaration. Le Dr Barrett fait une déclaration. La Dre Hutchison fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 14 h 43, la séance est suspendue.

À 15 h 50, la séance reprend.

M. Rochon fait une déclaration. M. Empey fait une déclaration. M. Brimacombe fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

At 4:35 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

À 16 h 35, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTEST:

ATTESTÉ:

La greffière du comité, Catherine Piccinin Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 22, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 12:35 p.m. to examine the state of the health care system in Canada

Senator Michael Kirby (Chairman) in the Chair.

[English]

The Chairman: Our first panel consists of the Canadian Medical Association, led by Dr. Barrett and Dr. Hutchison. Also on the panel is Dr. Halparin, the current president of the Ontario Medical Association, and Dr. Sky, who was the president until the first week of May.

I know Dr. Halparin wishes to speak first. I will ask each of you to make the comments that you wish to make, and then we will go through a series of questions.

Dr. Elliot Halparin, President, Ontario Medical Association: I would like to thank the committee for this opportunity to add to the health care debate, and share with you some of the exciting developments occurring in Ontario's health care system. I would also add that the work done thus far by your committee has added greatly to the discussion now taking place in this country concerning medicare's future. I cannot suggest strongly enough that the final recommendations of your committee must contain practical and implementable solutions if we are to prevent the further deterioration of our ability to provide high quality and timely care to our patients. We welcome the committee's interest in primary care reform and the enormous potential it has to improve patient care.

Part of the Ontario primary care model includes the integration of information technology, and my colleague Dr. Kenneth Sky, the immediate past president of the OMA, will be discussing the exciting advances we are making with respect to IT in Ontario.

The explosion of medical knowledge, along with technological advances that have occurred in the last decade combined with dramatic demographic changes, has made it necessary to confront the challenges to the way we deliver health care in this country. If physicians are to continue to be able to deliver high quality care to our patients, we at the OMA have always maintained — and others now echo the sentiment — that evolutionary, not revolutionary, change is mandatory. One change in which I firmly believe is the reform and renewal of the delivery of primary care. In Ontario, this is not an abstract concept. It is being implemented as we speak.

Just over two weeks ago, I became president of the Ontario Medical Association. At that time, I identified several priorities for my term. Near the top of that list was to be an active and knowledgeable resource to physicians as they consider the models

TÉMOIGNĀGES

OTTAWA, le mercredi 22 mai 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 12 h 35 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (président) occupe le fauteuil.

[Traduction]

Le président: Nos premiers témoins sont le Dr Barrett et la Dre Hutchison de l'Association médicale canadienne. Nous entendrons également le Dr Halparin, président actuel de la Ontario Medical Association, ainsi que le Dr Sky, qui était président de cette association jusqu'à la première semaine de mai.

Je sais que M. Halparin souhaite prendre la parole en premier. Je vais vous demander à chacun de faire vos observations puis nous passerons à une période de questions.

Dr Elliot Halparin, président, Ontario Medical Association: Je tiens à remercier le comité de l'occasion qu'il m'offre de prendre part à ses délibérations sur les soins de santé et de vous informer de certaines nouveautés très intéressantes dans le régime de soins de santé de l'Ontario. J'ajouterai que le travail que votre comité a fait jusqu'à maintenant a beaucoup favorisé les discussions qui ont lieu partout au Canada à l'heure actuelle au sujet de l'avenir de l'assurance-maladie. Je ne saurais trop insister sur le fait que les recommandations finales de votre comité doivent contenir des solutions pratiques et applicables si l'on veut éviter que se détériore encore davantage notre capacité d'offrir à nos patients des soins de santé rapides et de grande qualité. Nous sommes heureux de l'intérêt que le comité manifeste pour une réforme des soins primaires et du potentiel énorme que cela présente pour améliorer les soins aux patients.

L'une des parties du modèle de soins primaires de l'Ontario comprend l'intégration des technologies de l'information. Mon collègue, le Dr Kenneth Sky, qui jusqu'à tout récemment était le président de l'OMA, vous parlera des progrès intéressants que nous faisons du côté de la technologie informatique en Ontario.

En raison de l'explosion des connaissances médicales, des progrès technologiques de la dernière décennie et des changements énormes qui sont survenus dans notre démographie, il est maintenant nécessaire de revoir la façon dont nous offrons les soins de santé au Canada. Pour que les médecins puissent continuer d'offrir des soins de santé de grande qualité à nos patients, nous avons toujours dit, à l'OMA — et d'autres disent maintenant la même chose —, qu'il nous faut une évolution et non une révolution. La réforme des services de prestation des soins primaires est, à mon avis, un changement nécessaire. En Ontario, il ne s'agit pas d'un concept abstrait. Cela se fait déjà.

Il y a deux semaines, j'ai été nommé président de la Ontario Medical Association. J'ai alors mentionné plusieurs des choses auxquelles j'accorderai la priorité au cours de mon mandat. Presque entête de cette liste, il y avait le fait de pouvoir conseiller on offer, as well as to the public and other stakeholders as requested.

Today, I want to highlight some of the background history behind Ontario's primary care reform, or PCR. I want to describe the core philosophy and to list the benefits to patients and doctors, both family practitioners and specialists, contained within our models.

From the initial pilot sites launched over five years ago to last week's opening of the first voluntary family health network in Ontario, the OMA has led the way in developing new models that are practical for both patients and physicians. The FHN models developed in Ontario are the culmination of years of hard work by many dedicated people, including representatives from the OMA, the Ontario government and the 176 physicians and over 250,000 patients in our 13 pilot sites.

Principles and guidelines were developed by the 8,000-member OMA-GP section and our 250-member governing council and utilized by the group developing the contract templates that outline the conditions under which patients and physicians function within a family health network, or FHN, as they are called.

The OMA understood from the beginning the need for wide consultation and evaluation before primary care reform contract templates could be offered province-wide. Rushing into models that were not carefully constructed would have created needless complications and could have ruined the process. If physicians and patients were to accept these new models, we had to ensure that the models acknowledged the challenges inherent to the provision of comprehensive care to our patient, and that patient's roster to their family doctor in the network. We believe we have succeeded in doing just that.

Honourable senators, at the heart of these family health network arrangements lies the doctor/patient relationship. These networks will enhance the provision of comprehensive family medicine care through a patient-centred model. These models also provide a structure to integrate other health care professionals, such as nurse practitioners, dieticians and mental health workers into collaboration team working in the best interest of patients.

Furthermore, family health networks provide many benefits to both patients and physicians, some of which overlap. Benefits to patients include improved access to physicians, enhanced continuity of care, emphasis on prevention and wellness, enhanced information technology available to networks, extended office hours — 5:00 to 8:00 p.m. Monday through Thursday and three hours on the weekends; the Integrated Telephone Health Advisory System staffed by specially trained nurses with support from on-call physicians in the FHN, resulting

de façon active et compétente les médecins, lorsqu'ils examinent des modèles qui sont offerts, ainsi que la population et d'autres intervenants, sur demande.

Aujourd'hui, je vais vous donner les grandes lignes de l'historique de la réforme des soins primaires en Ontario. Je vais vous décrire le principe de base de nos modèles et énumérer les avantages de ces modèles pour les patients et les médecins, tant les médecins de famille que les spécialistes.

Des projets pilotes initiaux lancés il y a plus de cinq ans jusqu'à l'ouverture, la semaine dernière, du premier réseau de santé familiale bénévole en Ontario, l'OMA a été une figure de proue dans l'élaboration de nouveaux modèles pratiques tant pour les patients que pour les médecins. Les modèles de RSF élaborés en Ontario sont l'aboutissement des années de travail ardu réalisé par de nombreuses personnes dévouées, y compris des représentants de l'OMA et du gouvernement de l'Ontario, ainsi que les 176 médecins et les plus de 250 000 patients de nos 13 projets pilotes.

Les 8 000 membres de la section OMA-GP et les 250 membres de notre conseil d'administration ont élaboré les principes et les directives qui sont utilisés par le groupe chargé de mettre au point les contrats-types dans lesquels sont énoncées les conditions de participation des patients et des médecins dans un réseau de santé familiale, ou RSF.

L'OMA a compris d'emblée la nécessité de tenir de vastes consultations et des évaluations avant qu'on puisse offrir à l'échelle de la province des contrats-types dans le contexte de la réforme des soins primaires. En adoptant à la hâte des modèles bâclés, on aurait créé des complications superflues et on aurait pu faire échouer le projet. Pour que les médecins et les patients acceptent ces nouveaux modèles, nous avons dû nous assurer que ces modèles tiennent compte des problèmes inhérents à la prestation de soins complets à nos patients et à la fourniture des dossiers des patients à leurs médecins dans le réseau. Nous croyons avoir réussi à le faire.

Honorables sénateurs, au coeur même de ces réseaux de santé familiale, on trouve la relation entre le médecin et le patient. Ces réseaux permettront d'améliorer la prestation de soins de santé familiale complets au moyen d'un modèle axé sur le patient. Ces modèles sont également dotés d'une structure qui permet d'intégrer les services offerts par d'autres professionnels des soins de santé, entre autres les infirmières et infirmiers praticiens, les diététistes et les travailleurs en santé mentale, dans des équipes qui collaborent pour offrir les meilleurs soins possible aux patients.

En outre, les réseaux de santé familiale offrent de nombreux avantages tant aux patients qu'aux médecins, parfois aux deux. Parmi les avantages pour les patients, il y a un meilleur accès aux services des médecins, une plus grande continuité des soins, l'accent mis sur la prévention et le bien-être, de meilleurs services de technologie de l'information à la disposition des réseaux, de plus longues heures d'ouverture — de 5 h 00 à 20 h 00, du lundi au jeudi, et trois heures les fins de semaine; grâce au système intégré de conseils téléphoniques en matière de santé, les patients

in 24/7 service; expanded ability of doctors to provide ongoing care to patients and greater opportunity to track health outcomes for epidemiological research.

The benefits to family physicians include the following: enabling physicians to join voluntarily with their consenting patients; enhanced ability to provide continuity of care; opportunity for more time to care for complex patients; potential to decrease complications of long-term chronic disease; acknowledgment of the challenges of providing comprehensive care to patients; access to information technology; the ability to coordinate and collaborate with a team approach to patient care.

The benefits to our consultant colleagues include the following: improved access to results of tests already performed; improved ability to manage their office consultation priority system; enhanced ability to co-manage complex patients with the networks. In short, PCR makes Ontario a more attractive place in which to provide high quality patient care.

Since we finalized the template contracts for the FHNs, I have spoken with over a thousand physicians all over Ontario, and I am very encouraged by the level of interest in these new voluntary models by Ontario's physicians. I am also proud to say that we have had interest expressed in this model both nationally and internationally.

Finally, before Dr. Sky addresses you, I would like to reinforce some of the components of what PCR is, what it is not, and what it can be to the future of health care in Canada. PCR is an example of what can be achieved when government and physicians work together in an evolutionary process to meet the needs of patients and their respective mutual interests. It is an opportunity to acknowledge the inherent challenges in the provision of 24/7 comprehensive care to patients. It is an opportunity to create a structure that allows the integration of all health care professionals into a collaborative team with the goal of better patient outcomes.

PRC is not a tool to save money on physician and allied health professional human resource costs. However, if there is the will for it, PCR can be an integral part of a sustainable solution to our medicare malaise, and I am looking forward to the debate and your questions.

I will now ask Dr. Sky to discuss the IT component with you.

peuvent obtenir 24 heures sur 24 et sept jours sur sept des conseils d'infirmiers et infirmières spécialement formés qui peuvent compter sur l'aide d'un médecin travaillant sur appel dans le RSF; les médecins ont une plus grande capacité d'offrir des soins continus aux patients et peuvent mieux suivre les résultats des soins sur la santé dans le contexte de recherches épidémiologiques.

Voici quelques-uns des avantages pour les médecins de famille: les médecins peuvent se joindre volontairement au réseau avec ceux de leurs patients qui y consentent; ils ont une capacité accrue de voir à la continuité dans les soins; ils ont davantage de temps pour s'occuper de patients dont les problèmes sont complexes; il est possible de réduire les complications dans les cas de maladies chroniques à long terme; on y reconnaît les difficultés d'offrir des soins complets aux patients; les médecins ont accès aux technologies d'information; ils peuvent travailler en équipe pour donner des soins coordonnés aux patients.

Voici les avantages pour les médecins conseils: ils ont un meilleur accès aux résultats des tests déjà effectués; ils sont mieux en mesure de gérer le système de priorité des consultations de leur bureau; ils peuvent mieux cogérer avec les réseaux les cas de leurs patients qui souffrent de problèmes complexes. Bref, grâce à la réforme des soins primaires, l'Ontario est un endroit plus intéressant pour ceux qui veulent offrir à leurs patients des soins de grande qualité.

Depuis que nous avons terminé de rédiger les contrats-types des réseaux de santé familiale, j'ai discuté avec plus d'un millier de médecins de toute la province et j'ai été très encouragé par le degré d'intérêt que manifestent les médecins de l'Ontario à l'égard de ces nouveaux modèles volontaires. Je suis également fier de dire que ce modèle a reçu des marques d'intérêt tant à l'échelle internationale que nationale.

Enfin, avant que le Dr Sky s'adresse à vous, je tiens à souligner certains des éléments de la réforme des soins primaires, à expliquer ce que n'est pas cette réforme et ce qu'elle peut signifier pour l'avenir des soins de santé au Canada. La réforme des soins primaires est un exemple de ce qui peut être réalisé lorsque les gouvernements et les médecins collaborent dans un processus évolutif afin de répondre aux besoins des patients tout en respectant leurs intérêts mutuels. C'est une occasion de reconnaître les problèmes inhérents à la prestation de soins complets aux patients 24 heures sur 24. La réforme offre également la possibilité de mettre en place une structure qui permet de réunir tous les professionnels de la santé dans une équipe qui collabore dans le but d'améliorer l'état de santé des patients.

La réforme des soins primaires n'est pas un moyen de réaliser des économies sur les coûts des ressources humaines, c'est-à-dire les médecins et les professionnels connexes de la santé. Toutefois, s'il existe une volonté dans ce sens, la réforme peut faire partie intégrante d'une solution viable pour résoudre le malaise de l'assurance-maladie. Je suis prêt à en discuter avec vous et à répondre à vos questions.

Je vais maintenant demander au Dr Sky de vous expliquer ce qu'il en est au chapitre de la technologie de l'information. Dr. Kenneth Sky, Past President, Ontario Medical Association: Mr. Chairman, I would like to thank you for this opportunity to appear before you again and offer an update on the exciting work that the OMA has been doing in the field of information technology. When I appeared before you last November to outline the OMA's views on information technology, I stated that IT would revolutionize the day-to-day practice for physicians. Today I can tell you that the revolution is under way. It is the one revolution that we have in primary care reform.

After a lot of hard work, I am pleased to inform you that we will soon be launching the OMA Web portal, which will help serve the ePhysician Project, or ePP. What is the ePhysician Project? The aim of the project is to develop a primary care information technology solution that will be physician-friendly in regard to time needed to set up and maintain, yet will offer the greatest benefits to the physicians and their patients.

The features of the IT solution being considered include a clinical management system that has both clinical management and practice management capabilities, a secure electronic medical record and a secure sharable portion of the electronic medical record consisting of essential medical and demographic information, hardware and software for family health networks, a physician portal which is an interactive gateway enabling access to a range of online products and services, a physician help desk run 24/7, and a transition support program to help physicians choose the appropriate products and services for their family health network.

The family health network physicians have an important requirement to share essential patient medical and demographic information, which we call "core data set," with other authorized health care providers. The core data set contains essential medical and demographic information extracted primarily from a patient's cumulative patient profile or other parts of the patient's electronic medical record. A core data set will provide authorized health care providers with secure access to a standardized set of patient information.

The physician portal will support the provision of high quality and efficient health care services by providing family health networks with Web access to secure electronic communications that enable privacy, integrity and authentication of information; search engine capabilities that operate like a card catalogue of Web resources; medical and drug reference information and practice guidelines; chat forums, which are online means of communicating interactively with colleagues, both in terms of personal information and in terms of patient information, and

Dr Kenneth Sky, ancien président, Ontario Medical Association: Monsieur le président, je vous remercie de cette invitation à comparaître de nouveau devant vous pour faire le point sur le travail intéressant que fait l'OMA dans le domaine de la technologie de l'information. Quand j'ai comparu devant vous en novembre dernier pour expliquer l'opinion de l'OMA sur la technologie de l'information, j'ai dit que cette technologie serait une révolution dans le travail quotidien des médecins. Je puis maintenant vous assurer que cette révolution est déjà entamée. C'est l'une des révolutions que contient la réforme des soins primaires.

Nous avons travaillé fort, mais j'ai le plaisir de vous informer que nous lancerons bientôt le portail Web de l'OMA, qui desservira le projet de médecine électronique. Mais qu'est-ce que ce projet de médecine électronique? Le but de ce projet est d'utiliser la technologie de l'information pour élaborer des solutions de soins de santé qui n'exigeront pas trop de temps des médecins pour leur création et leur utilisation tout en offrant aux médecins et à leurs patients un maximum d'avantages.

Parmi les caractéristiques de cette solution de technologie de l'information, il y a entre autres un système de gestion clinique qui comprend des ressources de gestion clinique et de gestion de l'exercice de la médecine, des dossiers médicaux électroniques protégés et une partie des dossiers médicaux électroniques partageables de façon protégée, qui contiennent des renseignements médicaux essentiels et des renseignements démographiques, des machines et des logiciels pour les réseaux de santé familiale, un portail pour les médecins, qui est en fait une passerelle interactive ouvrant l'accès à toute une gamme de produits et de services offerts en direct, un centre d'aide médicale disponible 24 heures sur 24 et un programme d'aide de la transition pour aider les médecins à choisir les produits et services les mieux adaptés à leur réseau de médecine familiale.

Il est très important que les médecins du réseau de médecine familiale partagent les renseignements médicaux démographiques essentiels relatifs à leurs patients, ce que nous appelons les données de base, avec d'autres prestataires de soins de santé autorisés. Les données de base sont composées des renseignements médicaux et démographiques essentiels venant principalement des profils cumulatifs des patients et d'autres éléments du dossier médical électronique des patients. Grâce à ces données de base, les prestataires de soins de santé autorisés auront un accès protégé à un ensemble normalisé de renseignements sur les patients.

Le portail des médecins permettra d'offrir des services de santé efficaces de grande qualité car il donnera au réseau de santé familiale un accès sur le Web à des voies de communications électroniques protégées dans lesquelles il est possible de garantir la protection des renseignements personnels, l'intégrité et l'authentification des renseignements; les réseaux auront également ainsi accès à des engins de recherche qui fonctionnent comme un fichier des ressources sur le web, à des renseignements médicaux et pharmaceutiques ainsi qu'à des directives sur

that is associated with online news. As well, there will be links with other useful Web sites and portals.

What will this project mean for physicians? It means a more efficient way to deliver health care, quicker access to patient records, hospital reports, lab and test results.

With new technologies come new opportunities and new challenges. From the beginning, the OMA has remained true to the principle of protecting our patients' confidentiality. The OMA Council set out strict conditions about the IT project, and it is a credit to our profession that we have stuck to our principles. If it was to be successful, we had to be able to safeguard the doctorpatient relationship.

Recently, Ontario's Privacy Commissioner, Ann Cavoukian, reviewed our Chatham-Kent PCR pilot site, which was the testing area for IT. In her report, Mrs. Cavoukian made it clear that our system was secure and that every precaution had been taken to safeguard both the patients and physicians. We can be assured that the principles laid out by our council have paid off in a secure and confidential system. As we move forward with similar initiatives, we will always put our patients first. No matter what the future holds for IT, we as physicians will never lose sight of what is important to us: our patients.

When I appeared before you in the fall, I covered three areas in which the federal government can play a key role in IT. Before I finish, I would like to restate those three areas. We recommend that the federal government needs to develop national standards for the use of IT, provide development funding to the provinces, and establish explicit policy and procedures regarding personal health information. By working collaboratively with the provinces in these areas, the federal government can greatly move along the use of IT.

There is much about the exciting potential of IT that I do not have time to cover in the limited time available for this presentation. That is why I am looking forward to the question-and-answer period to delve deeper into the IT issue. Before I turn things over to Dr. Barrett, I would mention that a demonstration of the OMA IT model can be arranged, and I would be glad to give you a hands-on demonstration.

Dr. Peter Barrett, Past President, Canadian Medical Association: Mr. Chairman, on behalf of the 53,000 physician members of the Canadian Medical Association, we too appreciate the opportunity to offer some thoughts on the issue of primary

l'exercice de la médecine; à des forums de discussion qui permettront de communiquer interactivement et en direct avec des collègues tant pour obtenir des renseignements personnels que des renseignements sur les patients, et un accès à des nouvelles en direct. Il y aura également d'autres liens avec des sites et des portails Web utiles.

Quel sera l'effet de ce projet pour les médecins? Eh bien, ces derniers auront un moyen plus efficace d'offrir des soins de santé, un accès plus rapide aux dossiers des patients, aux rapports des hôpitaux et aux résultats des tests en laboratoire.

Les nouvelles technologies offrent de nouvelles possibilités mais posent aussi de nouveaux défis. D'emblée, l'OMA est demeurée fidèle au principe de la protection des renseignements sur les patients. Le Conseil de l'OMA a fixé des paramètres rigoureux pour le projet de technologie de l'information et il est tout à l'honneur de notre profession que nous ayons respecté nos principes. La réussite du projet dépendait de notre capacité de protéger le secret professionnel.

Récemment, la commissaire ontarienne à la protection de la vie privée, Ann Cavoukian, a examiné notre projet pilote de RSP à Chatham-Kent, où était mis à l'essai notre projet de TI. Mme Cavoukian a indiqué clairement dans son rapport que notre système était bien protégé et que nous avions pris toutes les précautions possibles pour protéger les patients et les médecins. Les principes énoncés par notre conseil nous ont permis d'avoir un système sécuritaire et bien protégé. Dans nos autres initiatives semblables, nous accorderons toujours la priorité à nos patients. Quel que soit l'avenir des technologies de l'information, les médecins ne perdront jamais de vue ce qui pour nous compte le plus: nos patients.

Lorsque j'ai comparu devant vous à l'automne, j'avais mentionné trois domaines dans lesquels le gouvernement fédéral peut jouer un rôle essentiel en technologie de formation. Avant de conclure, permettez-moi de les répéter. Nous recommandons que le gouvernement fédéral élabore des normes nationales sur l'utilisation de la technologie de l'information, qu'il fournisse aux provinces une aide financière au titre de l'élaboration de tels projets et qu'il élabore une politique et des méthodes claires au sujet des renseignements personnels en matière de santé. En travaillant de concert avec les provinces dans ces domaines, le gouvernement fédéral peut grandement faire progresser l'utilisation de la technologie de l'information.

Les technologies de l'information offrent des possibilités intéressantes dont je n'ai pas le temps de discuter compte tenu du temps dont je dispose. C'est pourquoi je profiterai de la période des questions pour expliquer de façon plus approfondie ce domaine. Avant de donner la parole au Dr Barrett, je vous signale qu'il serait possible d'organiser une démonstration du fonctionnement du modèle TI de l'OMA. Je serais heureux de vous en donner une démonstration concrète.

Dr Peter Barrett, ancien président, Association médicale canadienne: Monsieur le président, au nom des 53 000 médecins membres de l'OMC, nous vous remercions de nous permettre de vous présenter nos opinions sur la question de la réforme des

care reform and some of the recommendations recently made in your 2002 report card. We appreciate being here with our colleagues from Ontario.

I am also pleased to introduce to you Dr. Susan Hutchinson, who is chair of our GP forum. She is a practising family physician from Nova Scotia. It is important she be here, because, as many of you know, I am a urologist from Saskatchewan.

Before presenting our recommendations, I believe it is important that we make three points clear from the beginning. The first is that Canada has one of the best primary care systems in the world. Things can always be better, but it is important that we realize that up front. In fact, when we asked Canadians their opinions for our report card last summer — I am sure you saw the results of that — one of the few players in the health care system to get an "A" were Canada's family physicians. We should be proud of what they are doing now.

Second, primary care reform is not a panacea that will cure all that ails medicare, although increasingly, we believe that that thought is out there.

Finally, primary care and specialty care are inextricably linked. This is an important consideration, since time and again we see people separating the two. However, we truly believe in a continuum of care in this country, and that what you do to one will definitely affect the other. They are very integrated. There are situations where family physicians, because of geographic location, do things that specialists would do in other locations, and vice versa. They are interdependent upon one another, so any approach we take must be integrated. We heard about that in the Ontario model just presented.

Furthermore, in respect to our recommendations on implementing changes on the delivery of primary care, we think the government must respect four policy premises, and I will list and then discuss them: First, all Canadians should have access to a family physician; second, to ensure comprehensive and integrated family care, family physicians should remain as the central provider and coordinator of timely access to publicly-funded medical services; third, there is no single model that will meet the primary needs of all communities in all regions of this country. Finally, scopes of practice should be determined in a manner that serves the interests of patients and the public safely, efficiently and competently.

Returning to the first policy premise: access to family physicians. Renewal of the primary care delivery system cannot be accomplished without addressing the critical shortage of family physicians and general practitioners that we have. In both our report card and the one issued from the College of Family Physicians last fall, there is a significant percentage — in the range of 30 per cent — of Canadians who cannot find a family doctor. This is not a condition limited to rural areas; it exists in the big cities as well.

soins primaires et sur les recommandations de votre rapport d'avril 2002. Nous sommes également heureux de comparaître en même temps que nos collègues de l'Ontario.

J'ai aussi le plaisir de vous présenter la Dre Susan Hutchison, présidente de notre Forum des omnipraticiens; elle exerce la médecine de famille en Nouvelle-Écosse. Il est important qu'elle soit ici parce que, comme beaucoup d'entre vous le savent, je suis un urologue de la Saskatchewan.

Avant de présenter nos recommandations, je crois qu'il vaut la peine d'apporter quelques précisions à propos des soins primaires. Tout d'abord, le Canada a l'un des meilleurs systèmes de soins primaires au monde. Il y a toujours des possibilités d'amélioration, mais il faut l'admettre d'entrée de jeu. De fait, d'après un sondage mené auprès de la population à l'occasion de la préparation de notre bulletin sur le système de santé l'été dernier — vous êtes sans doute au courant des résultats —, les omnipraticiens du Canada forment l'une des rares catégories du système de santé à avoir obtenu un A. Il y a lieu de s'en enorgueillir.

Deuxièmement, la réforme des soins primaires n'est pas la panacée aux nombreux problèmes de l'assurance-maladie même si cette idée se répand de plus en plus.

Enfin, les soins primaires et les soins spécialisés sont inextricablement liés. C'est une réalité importante car les gens ont tendance à séparer les deux. Or, les soins de santé sont d'un seul tenant et ce qui touche un élément se répercutera sur les autres. À cause de l'endroit où ils sont, il arrive que les omnipraticiens font ce que feraient des spécialistes ailleurs, et vice versa. Ils sont interdépendants et c'est pourquoi notre démarche doit être intégrée. C'est ce dont il était question dans le modèle de l'Ontario qui vient d'être présenté.

De plus, en ce qui concerne nos recommandations sur la mise en oeuvre des changements à apporter à la prestation des soins primaires, nous croyons que le gouvernement doit respecter les quatre prémisses suivantes. Je vais les énumérer. Premièrement, tous les Canadiens doivent avoir accès à un médecin de famille. Deuxièmement, afin de garantir des soins complets et intégrés, le médecin de famille doit demeurer le prestataire et le coordonnateur central de l'accès opportun aux services médicaux financés par l'État. Troisièmement, il n'existe pas de modèle unique qui soit capable de répondre aux besoins en soins primaires de toutes les communautés dans toutes les régions du pays. Enfin, les champs de pratique doivent être établis de façon à défendre les intérêts des patients et de la population en toute sécurité, efficacité et compétence.

S'agissant de la première prémisse, l'accès au médecin de famille, on ne pourra renouveler avec succès la prestation des soins primaires sans d'abord corriger la pénurie actuelle de médecins de famille et d'omnipraticiens. Tant dans notre Bulletin que dans celui du Collège des médecins de famille du Canada l'automne dernier, il apparaît qu'un pourcentage important de Canadiens — autour de 30 p. 100 — n'arrivent pas à trouver un médecin de famille. Le phénomène ne se limite pas aux régions rurales; il existe également dans les grandes villes.

We need to look at the effects of an aging practitioner population and changes in lifestyle and productivity, along with the declining popularity of the field, and I will emphasize that that is a choice of medical students. Family practice used to be one of the top choices, whereas in the last few years it has declined. At the Canadian Resident Matching Service, or CaRMS, where students are asked to apply for speciality or family physician positions, 57 per cent of the CaRMS that were unmatched were in family physician positions. That has an even greater effect when we know that we have an older population in that specialty and we have few younger people to replace them. Our concern is that this situation may get worse.

Second, the issue of physicians as central coordinators: While multi-stakeholder teams offer the potential for providing a broader array of services to meet patients' health care needs, it is clear that most Canadians view having a family doctor as the central provider for all primary medical care services as a core value. The College of Family Physicians of Canada, in its recent submission to the commission on the future of health care, suggested that research has shown that over 90 per cent of Canadians seek advice from a family physician as their first resource in the health care system. Similarly, in a recent Ontario College of Family Physicians public opinion survey, 94 per cent, an overwhelming percentage, agreed that it is important to have a family physician providing the majority of care and coordinating the care delivered by others.

Multi-stakeholder groups can facilitate the continuum of care, as the family physician has developed an ongoing relationship with his or her patients and their families, and I would emphasize not just the patient but the family, and as a result is better able to direct the patient through the system such that he or she receives the appropriate care from the appropriate provider.

Third, there is no single model for reform: In recent years, we have had several government task forces and commission reports, including the report of this committee, calling for primary care reform. We have seen common themes emerge, such as 24/7 coverage, alternatives to fee-for-service payment of physicians, nurse practitioners and other alternative providers, as well as health promotion and disease prevention. Governments across the country have launched many pilot projects and various models of primary care delivery, much as we heard today from our Ontario colleagues.

It is critical that these projects are evaluated before they are adopted on any grand scale. We must take into account the range of geographical settings across this country, which vary from isolated rural communities to highly urbanized communities with advanced medical science centres. Obviously, the needs of a rural community in northern Saskatchewan will be very different from a downtown community practice in Toronto.

Il faut examiner les effets du vieillissement de la population des praticiens, les changements de mode de vie et de productivité ainsi que la baisse de la popularité de la médecine familiale auprès des étudiants en médecine. Il fut une époque où la médecine de famille était la plus courue; or, ce n'est plus le cas ces dernières années. Les étudiants doivent s'adresser au Service canadien de jumelage des résidents pour indiquer leur préférence; 57 p. 100 des postes de médecin de famille n'ont pas trouvé preneur. À ce problème s'ajoute le fait que les médecins de famille prennent de l'âge et que la relève est moins nombreuse. Nous craignons que la situation ne s'aggrave.

Deuxièmement, le médecin comme coordonnateur central. Même si les équipes pluridisciplinaires permettent la prestation d'un plus vaste éventail de services pour répondre aux besoins des malades, il est évident que pour la plupart des Canadiens, l'accès à un médecin de famille comme prestataire central de tous les soins médicaux primaires est une valeur essentielle. Comme l'a indiqué le Collège des médecins de famille du Canada dans le mémoire qu'il a présenté récemment à la Commission royale sur l'avenir des soins de santé au Canada, des enquêtes montrent que le médecin de famille est le premier à qui s'adressent 90 p. 100 des Canadiens à la recherche de soins. Un sondage récent pour le Collège des médecins de famille de l'Ontario montre que 94 p. 100 des gens — un chiffre écrasant — pensent qu'il est important d'avoir un médecin de famille qui assure la plupart des soins et coordonne ceux offerts par les autres professionnels.

Les équipes pluridisciplinaires peuvent faciliter la continuité des soins puisque le médecin de famille a généralement établi une relation continue avec ses malades et leurs familles — je rappelle l'importance de la famille — et peut donc les orienter dans le système de manière à ce que ceux-ci reçoivent les soins voulus du prestataire approprié.

Troisièmement, il n'y a pas de modèle unique de réforme. Ces dernières années, plusieurs rapports de groupes de travail gouvernementaux et de commissions, y compris celui du comité, préconisent la réforme des soins primaires. Plusieurs thèmes communs sont apparus: la prestation de services 24 heures sur 24, sept jours sur sept, des solutions de rechange à la rémunération à l'acte des médecins, le recours aux infirmières et infirmiers praticiens et à d'autres soignants non-médecins ainsi que la promotion de la santé et la prévention des maladies. Les gouvernements d'un bout à l'autre du pays ont lancé des projets pilotes pour mettre à l'essai divers modèles de prestation de soins primaires, comme nous en ont parlé aujourd'hui nos collègues de l'Ontario.

Il faut que ces projets fassent l'objet d'une évaluation avant d'être adoptés à plus grande échelle. Il faut tenir compte de la grande diversité des régions du pays, qui vont des communautés rurales isolées aux communautés urbaines des grandes villes équipées de centres médicaux modernes. Il est évident que les besoins d'une localité rurale du nord de la Saskatchewan seront bien différents de ceux d'une clientèle du centre-ville de Toronto.

Finally, on the scope of practice issue, there is a prevailing myth that physicians are barriers to change when, in fact, physicians have often led the progressive changes in the health care system. Canadian physicians are willing to work in teams, and have been for quite some time. The Canadian Medical Association had a developed a "scopes of practice" policy that clearly supports a collaborative and cooperative approach, which has been supported in principle by the Canadian Nurses Association and the Canadian Pharmacists Association. We indeed have a signed document to that effect.

Due to the growing complexity of care, the exponential growth of knowledge, and an increased emphasis on health promotion and disease prevention, primary care delivery must increasingly result in multi-stakeholder teams. This is a positive development. However, expanding the primary care team to include nurses, pharmacists, dieticians and others, while desirable, will cost the system more, not less. Therefore, we need to change our way of thinking about primary care reform. We must think of this as an investment, not in terms of cost savings but as a cost effective way to meet the emerging, unmet needs of Canadians.

In conclusion, there is no question that primary care delivery needs to evolve to ensure it continues to meet the needs and emerging needs of Canadians. We see this as making a good system better, not fundamental reform.

I thank you, and I will ask my colleague, Dr. Hutchison, to proceed.

Dr. Susan Hutchison, Chair, GP Forum, Canadian Medical Association: Mr. Chairman, the perspective that I am presenting to you today comes from the chairs of the general and family practice of the divisions and territories of the CMA.

As noted in Dr. Barrett's presentation, the primary medical care system forms the basis for medical services in Canada, and family physicians, working collaboratively with their specialist colleagues, form a virtual network care continuum. They are inextricably linked. This network of professionals, working in cooperation with allied health professionals, delivers an array of services to patients in a variety of settings from the most complex institutions to the home. The system has formed the basis of a universal health care system that is world renowned.

The committee has asked us to adress a list of questions framed around the primary care issue, and these questions have formed the basis for this presentation. It is important that we consider what is primary care reform as a first step in responding to these questions.

Primary care reform is an amorphous term. It has been associated with "efficiency planning," which is another term for economic cuts. In other areas it is used to introduce alternative providers, and in yet other areas it is coined to serve as the curative panacea for the ills of our current system. The language of reform is a source of confusion and needs to be clarified.

Enfin, en ce qui concerne les champs de pratique, le mythe dominant est que les médecins font obstacle au changement alors que ce sont souvent eux qui ont piloté l'évolution progressive du système de santé. Les médecins du Canada sont disposés à travailler en équipe et le font depuis longtemps déjà. L'Association médicale canadienne a adopté une politique sur les «champs de pratique» qui appuie clairement la collaboration et la coopération. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada et l'Association des pharmaciens du Canada ont donné leur accord de principe à cette politique. Nous avons d'ailleurs signé un document à cet effet.

Vu la complexité croissante des soins, la croissance exponentielle des connaissances et l'importance accrue de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie, la prestation des soins primaires reposera de plus en plus sur les équipes pluridisciplinaires. Il faut s'en féliciter. Cependant, quoique souhaitable, l'élargissement de l'équipe de prestation de soins pour y inclure les infirmières et infirmiers, les pharmaciens, les diététistes et d'autres intervenants occasionnera une augmentation et non pas une réduction des coûts; il faut donc envisager autrement la réforme des soins primaires. Il faut y voir un investissement et non une façon de faire des économies, une façon rentable de répondre aux nouveaux besoins des Canadiens.

Enfin, il est certain que la prestation des soins primaires doit évoluer pour continuer de répondre aux besoins actuels et nouveaux des Canadiens. Il s'agit pour nous d'améliorer un système déjà bon et non de le revoir de fond en comble.

Je vous remercie et je vais maintenant demander à ma collègue, la Dre , de continuer.

Dre Susan Hutchison, présidente, Forum des omnipraticiens, Association médicale canadienne: Monsieur le président, je suis aujourd'hui la porte-parole des sections des omnipraticiens et des médecins de famille de l'AMC.

Comme le Dr Barrett l'a dit dans son exposé, le système des soins primaires est la pierre angulaire des services de santé au pays et les médecins de famille, en collaboration avec leurs collègues spécialistes, constituent un réseau virtuel de continuum de soins. Ils sont inextricablement liés. Ce réseau de professionnels interagissant avec d'autres professionnels de la santé offre un éventail de services aux malades dans une multitude de cadres, qui vont des établissements des plus complexes jusqu'au domicile. Le système est la pierre angulaire d'un système universel de soins de santé de réputation mondiale.

Le comité nous a demandé d'aborder une série de questions axées sur les soins de santé; ce sont elles qui forment l'ossature de cet exposé. Avant tout, il faut définir ce que sont les soins primaires.

C'est une expression ambiguë. Elle évoque la recherche de l'efficacité, autre euphémisme pour compressions budgétaires. Dans certains domaines, c'est le prétexte au recours à des soignants non-médecins; ailleurs encore c'est la panacée à tous les maux du système actuel. Le vocabulaire de la réforme est source de confusion et doit être clarifié.

If primary care reform means providing the same or more services for less, it is a non-starter. If it means finding ways to provide more comprehensive care to patients while maintaining the quality Canadians deserve, then there is common ground from which to begin to work towards alternative models.

Physicians are supportive of changes to the system that are evaluated prior to their implementation. It is necessary to evaluate the outcomes of alternatives to the current system on patient care and patient health outcomes. Adopting untested changes to the current system may negatively impact on patient health outcomes, and this is to be discouraged.

Primary care pilot projects have been the focus of Canada's health transition fund. The synthesis report on the pilot projects is due to be released in a few weeks and will include some outcome measures of alternative models of care delivery. There are challenges in interpreting these reports, however. There are no valid and reliable database sets on which to compare the changes. In light of the short time frame of the health transition fund, it is unlikely that they have true patient health outcome measures on which to compare the alternatives. This makes conclusive interpretation of any of the initiatives difficult, and caution must be used in their interpretation. Physicians need to be integral to the reform process as they have the domain knowledge that will help interpret these pilot projects accurately.

Evaluation takes time and resources, and both are in scarce supply. This can sometimes make the reform process seem slow. Taking the time to consider options carefully is necessary. The delays do not belong to the profession; the delay is characteristic of the time it takes to evolve a complex system. Anecdotal reports from pilot projects, however, do tell us one thing: It is clear that the alternatives are more costly than the current system.

Primary care reform options have considered primary care teams to include family physicians, nurses and other allied health professionals, but it does not ask what other skills are required to serve the needs of the patient. Most reform proposals consider the inclusion of nurse practitioners despite the current nursing crisis. Other options could be explored.

The Canadian military's use of medical assistants is one option. In the public sector, the emergency medical technicians who staff our emergency response teams are another way to extend medical expertise to patients where and when it is needed. Nurse clinicians have a special skill set and can function in many other roles in addition to the primary care setting, such as in specialized clinics

Si la réforme des soins primaires c'est offrir les mêmes services ou plus de services pour moins, nous n'irons nulle part. Si cela signifie trouver des moyens d'offrir des soins plus complets à des malades tout en maintenant la qualité que les Canadiens méritent, il y a au moins là un terrain d'entente à partir duquel nous pouvons travailler pour parvenir à des modèles de rechange.

Les médecins soutiennent les modifications au système qui sont évaluées avant leur mise en oeuvre. Il est nécessaire de confronter les résultats des solutions de rechange au système actuel avec ceux des soins et des thérapies d'aujourd'hui. Adopter des modifications au système actuel sans les mettre à l'essai pourrait avoir une incidence négative sur la santé des malades, et cela doit donc être découragé.

Au Canada, les projets pilotes en matière de soins primaires ont été au centre de l'attention du Fonds pour l'adaptation des services de santé. Le rapport de synthèse sur les projets pilotes doit paraître dans quelques semaines et inclura certains indicateurs des résultats des modèles de remplacement envisagés pour la prestation de soins. Il y a toutefois certaines difficultés à interpréter ces rapports. Il n'existe pas de séries de données valables et fiables avec lesquelles comparer les nouvelles données. Vu les échéances très courtes du Fonds pour l'adaptation des services de santé, il est peu probable que l'on dispose de mesures des résultats sur la santé des malades grâce auxquelles on pourrait comparer les diverses options. Cela rend difficile l'interprétation définitive de l'une ou l'autre des initiatives. Il faut donc interpréter ces données prudemment. Le processus de réforme doit nécessairement intégrer les médecins car ils ont la connaissance du milieu qui aidera à analyser ces projets pilotes avec précision.

Pour faire des évaluations, il faut du temps et des ressources, et ce sont deux choses qui nous manquent. Parfois, cela peut donner l'impression que le processus de réforme est bien lent. Or, il est nécessaire de prendre le temps qu'il faut pour bien étudier les diverses options. Les retards ne relèvent pas de notre profession, ils sont simplement caractéristiques du temps qu'il faut pour mettre en place un système complexe. Cela dit, les rapports anecdotiques provenant des projets pilotes nous révèlent une chose: il est clair que les solutions de remplacement sont plus coûteuses que le système actuel.

Les diverses options de réforme des soins primaires ont envisagé la constitution d'équipes de soins primaires qui incluraient des médecins de famille, des infirmières et infirmiers et d'autres professionnels de la santé, mais on ne demande pas quelles sont les autres compétences nécessaires pour répondre aux besoins des malades. La plupart des propositions de réforme envisagent l'inclusion d'infirmières et infirmiers praticiens, malgré la crise actuelle du personnel infirmier. On pourrait examiner d'autres options.

L'utilisation que font les militaires canadiens d'assistants médicaux représente une option. Dans le secteur public, les techniciens d'urgence médicale qui font partie des groupes tactiques d'intervention sont un autre moyen d'offrir à des malades certains services médicaux à l'endroit et au moment opportuns. Les infirmières et infirmiers cliniciens ont des

for cardiac patients and diabetes, for example. The system's reform options must consider where best to commit scarce resources.

Delays in the reform agenda are a function of the funding and human resource challenges. The other major challenge to the reform agenda is the delay in the creation and implementation of information technology. There are several iterations that have occurred in advance of Ontario's implementation of its IT agenda. If you have the time to ask, the number of iterations is striking.

The technology must be designed so that it is the servant of the system. Systems programmers have been working on this objective for years. The introduction of the technology itself is time consuming and the use of the technology is an additional component of the system that will need additional resources. The major delay in progress in this area is cost. Applying technology to the practice of medicine is an expensive though necessary proposition. You have heard of all the potential benefits to the primary care agenda in Ontario that IT is thought to contribute. In the short term, the implementation of information technology will cost the system significantly more in terms of human and financial resources. There is the expectation that this investment will eventually save time and money. While this potential exists, it cannot be assumed to be the case. It is prudent to discuss information technology more in terms of its ability to be an enabler of quality care to Canadians.

There are many models of primary care reform that include different payment option alternatives. We have learned that no matter what the payment method, if the funding is adequate the outcome will be positive. Physicians appear to be most satisfied with a blended form of payment, which includes a fee-for-service component as well as a sessional or salary component. Services to be included in the models can vary. In general, however, it is not possible to include previously unfunded services in the current funding without additional resource commitments. This will result in a failure of any reform initiative.

You have asked whether we can envisage primary care in Canada as teams acting as purchasers of care on behalf of their patients. Off the top, it would be imperative to avoid the perverse incentives of the managed care system in the U.S. to provide less than optimal care. As a start, it would be reasonable, in my opinion, to look at the U.K. experience of fund holding, which I understand has had a mixed success, and ensure that it applies to the Canadian experience.

compétences spécialisées et peuvent être appelés à offrir leurs services non seulement pour les soins primaires mais aussi, par exemple, dans les cliniques spécialisées pour les cardiaques et les diabétiques. Les options de réforme du système doivent tenter d'optimiser l'utilisation des ressources les plus rares.

Les retards du programme de réforme sont une fonction des difficultés concernant le financement et les ressources humaines. L'autre grande difficulté à laquelle le programme de réforme est confronté, c'est le retard de création et de mise en oeuvre de la technologie de l'information. Il y a plusieurs itérations qui se sont produites avant la mise en oeuvre par l'Ontario de son programme de technologie de l'information. Si vous avez le temps de poser la question, vous verrez que le nombre d'itérations est ahurissant.

La technologie doit être conçue de façon à servir le système. Les programmeurs de systèmes visent cet objectif depuis des années. En soi, le recours à la technologie prend du temps et l'utilisation de la technologie est une composante supplémentaire du système qui contraindra à l'utilisation de ressources additionnelles. Le plus grand obstacle au progrès dans ce domaine, ce sont les coûts. Appliquer la technologie à la pratique de la médecine est un principe coûteux, bien que nécessaire. Vous avez entendu parler de tous les avantages éventuels que la technologie de l'information est censée procurer aux programmes des soins primaires de l'Ontario. À court terme, la mise en oeuvre de la technologie de l'information va coûter au système beaucoup plus en ressources humaines et financières. On s'attend que cet investissement finisse un jour par représenter des économies de temps et d'argent. Cela est peut-être vrai en puissance, mais on ne peut pas tenir pour acquis que cela se produira. Il est plus prudent d'envisager la technologie de l'information du point de vue de sa capacité à améliorer la qualité des soins dispensés aux Canadiens.

Il y a de nombreux modèles de réforme des soins primaires qui incluent diverses options de paiement. Or, nous avons appris que quelle que soit la méthode de paiement, si le financement est adéquat, le résultat sera positif. Les médecins semblent être particulièrement satisfaits des méthodes de paiement mixtes, qui incluent une composante de rémunération à l'acte ainsi qu'une rémunération sessionnelle ou un traitement. Les services à inclure dans les divers modèles peuvent varier. Toutefois, en général, il n'est pas possible, sans engager des ressources supplémentaires, d'inclure dans le financement actuel des services qui, antérieurement, n'étaient pas financés. Cela va entraîner l'échec de toute initiative de réforme.

Vous avez demandé si, au Canada, on peut envisager les soins primaires sous l'angle d'équipes qui agissent en qualité d'acheteurs de soins au nom de leurs malades. Je dirais tout d'abord qu'il est impératif d'éviter les incitatifs pervers du système américain de gestion des soins pour dispenser des soins qui soient moins qu'optimaux. Tout d'abord, il serait raisonnable, selon moi, d'examiner l'expérience britannique de retenue des fonds, qui, si je comprends bien, a eu un succès mitigé, et s'assurer qu'elle s'applique à la situation canadienne.

Considering the scopes of practice, we know that physicians are concerned with training and liability as well as legislative issues, and these processes take considerable time. Physicians have worked collaboratively with nurses for years. In the office setting, many physicians used to hire nurses but can no longer afford to maintain this practice model as nurses were paid from their fee-for-service billings. Many physicians have voiced their desire to return to their prior collaborative models. Ways to fund these initiatives should be supported.

Affaires sociales, sciences et technologie

The mix of health care providers varies based on the needs of the population. There is no ideal mix. What works best is an adequate human resource to meet the needs of the population. The mix of providers is dictated by the services required to address these patient needs. The ideal range of services for a given team would depend on the needs of the population and the available mix of providers. There may be considerable variability between the needs of a given population, as is the case in Aboriginal populations, for example.

If primary care reform includes the medical care continuum, adequate funding, realistic human resources planning, inclusive governance structures, supportive information technology with appropriate connectivity has the potential to improve the quality of care delivered to patients. More resources may be committed to illness prevention and health promotion if the resources are adequate. This would have the potential to further improve the population's overall health status. The cost of reform initiatives will be significant and will depend on the elements to be included. It is therefore difficult to predict without definitive models to cost

Whatever alternative system is proposed, physicians need to retain their role as patient advocate. They need to retain their clinical autonomy. Physicians have worked for years as agents for change, as advocates for their patients, with the goal of improving their ability to deliver quality care to their patients.

The Chairman: I would like to get a couple of factual answers before I turn to my colleagues. Dr. Barrett, can the scope of practices rules document you talked about be made available to us? Do we have copies? The obvious answer to my question is "yes"

Dr. Barrett: Yes.

The Chairman: Second, as someone who was in the market research business for a long time, let me make a couple of observations on your polling data. I know why you put it in. You should understand it will not have any impact on us to tell us, for example, that 90 per cent of Canadians seek advice from their family physician as their first resource. That is hardly surprising. I am surprised it is not higher because they would not now be aware of another alternative. When we are told that 94 per cent

Compte tenu des champs de pratique, nous savons que les médecins se préoccupent de la formation, de la responsabilité ainsi que de questions législatives. Tous ces processus prennent beaucoup de temps. Les médecins collaborent avec le personnel infirmier depuis des années. Dans leur cabinet, à une certaine époque, beaucoup de médecins embauchaient des infirmières ou infirmiers. Ils ne peuvent toutefois plus se permettre de maintenir cette pratique parce que leurs infirmières et infirmiers étaient rémunérés au moyen des recettes provenant de la rémunération à l'acte. Beaucoup de médecins ont exprimé le souhait de revenir aux méthodes de collaboration antérieures. Il faudrait trouver des movens de financer ces initiatives.

La composition des équipes de soins de santé varie selon les besoins de la population. Il n'existe pas de composition idéale. Ce qui fonctionne le mieux, ce sont des ressources humaines adéquates pour répondre aux besoins de la population. La composition du personnel soignant s'établit en fonction des services nécessaires pour répondre aux besoins des malades. La gamme idéale des services offerts par une équipe donnée dépend des besoins de la population et des types disponibles de professionnels de la santé. Il peut y avoir une variation considérable entre les besoins de diverses populations, comme le montre le cas des populations autochtones, par exemple.

Si la réforme des soins primaires présuppose un continuum des soins médicaux, un financement adéquat, une planification réaliste des ressources humaines et des structures inclusives de gestion, le soutien d'une technologie de l'information dotée de la connectivité appropriée offre le potentiel d'améliorer la qualité des soins dispensés aux malades. Si les ressources sont adéquates, on pourra en consacrer une plus grande part à la prévention des maladies et à la promotion de la santé. Cela permettrait d'améliorer encore plus la santé générale de la population. Le coût des initiatives de réforme sera considérable et dépendra des éléments inclus. Il est donc difficile de le prédire sans disposer de modèles définitifs.

Quel que soit le système de remplacement proposé, les médecins doivent garder leur rôle de défenseur des malades. Ils doivent garder leur autonomie clinique. Depuis des années, les médecins sont des agents de changement, des défenseurs des malades, dont les objectifs sont d'améliorer leur propre capacité à dispenser des soins de qualité à leurs malades.

Le président: Avant de passer la parole à mes collègues, je voudrais avoir quelques renseignements. Monsieur Barrett, le document sur les règles applicables aux champs de pratique dont vous avez parlé peut-il nous être communiqué? En avons-nous des exemplaires? La réponse évidente à ma question est oui.

Dr Barrett: Oui.

Le président: Deuxièmement, comme j'ai longtemps travaillé dans le domaine des études de marché, permettez-moi de faire quelques observations sur vos données de sondage. Je sais pourquoi vous nous les avez présentées. Vous devriez comprendre que cela n'aura aucune incidence sur nous de nous dire, par exemple, que 90 p. 100 des Canadiens considèrent que les conseils de leur médecin de famille sont leur première ressource. Cela n'a rien de surprenant. Je suis d'ailleurs surpris agree that it is important to have a family physician who provides the majority of care, I am curious as to what the other 6 per cent think, since most people would think that way. In other words, having been in the business, I understand the process of asking the questions of the public that get you the answers you want. I am simply making the observation that it will obviously have no impact on us in terms of where we ultimately come out. I leave that thought with you.

To Dr. Sky, is what you call the "core data set" the same as what we call an electronic health record?

Dr. Sky: The electronic health record could include more than the core data set. It could be a very detailed amount of information and follow the patient from time to time. Whereas the core data set is the stuff that you need if the patient were to show up in an emergency room, for instance.

The Chairman: In some sense, it is a subset.

At the end of your remarks, you said that the federal government should provide funds to the provinces to help the development of the core data set. My question to you is does it not make more sense to simply fund one electronic health record and apply it nationally? Why would the federal government start to give money to provinces to further Balkanize the system?

Dr. Sky: The first thing is that health care is constitutionally a provincial jurisdiction.

The Chairman: We know that.

Dr. Sky: We do want to have a similar system from place to place. There are some differences and different needs in terms of what each province will require.

The Chairman: I thought we were talking about patients, not governments.

Dr. Sky: That is true. However, what usually happens, unfortunately, is that if you have a system that is being funded by the provinces, they want to have control in the sense that they are not prepared to have that information dispersed beyond their jurisdiction.

The Chairman: You are giving what I would call a political answer. You are here today representing the OMA and the profession, as opposed to telling me about federal-provincial relations.

My question is, from a practical standpoint, why does it not make sense? Is there a practical argument against having a single national EHR?

Dr. Sky: That is exactly what I called for, that we should have a standardized form that we could apply across the whole nation. Obviously, we do not want to Balkanize the system or have a patchwork.

que ce ne soit pas plus élevé, parce qu'ils ne savent pas actuellement qu'il peut exister d'autres options. Lorsqu'on nous dit que 94 p. 100 des répondants reconnaissent qu'il est important d'avoir un médecin de famille capable de dispenser la majorité des soins, je m'interroge sur ce que pensent les autres 6 p. 100, étant donné que la plupart des gens voient les choses ainsi. Autrement dit, ayant déjà travaillé dans ce domaine, je comprends le procédé qui consiste à poser au public les questions qui permettent d'obtenir les réponses que l'on souhaite. Je vous fais simplement l'observation que cela n'aura évidemment aucune incidence sur nous quant à nos conclusions ultimes. Je vous laisse donc réfléchir à cela.

J'aimerais demander au Dr Sky si ce qu'il appelle «ensemble de données de base» c'est la même chose que ce que nous appellerions un dossier de santé électronique?

Dr Sky: Le dossier de santé électronique peut inclure plus que l'ensemble de données de base. Le dossier peut contenir de nombreuses données très détaillées et peut suivre le patient de temps à autre. Par contre, l'ensemble de données de base, voilà ce qu'il vous faut si le patient se présente à l'urgence.

Le président: D'une certaine façon, c'est un sous-ensemble.

À la fin de vos remarques, vous avez dit que le gouvernement fédéral devrait fournir du financement aux provinces afin de les aider à élaborer l'ensemble de données de base. Ne serait-il pas plus raisonnable de simplement fournir les fonds pour créer un seul dossier de santé électronique bon pour tout le pays? Pourquoi le gouvernement fédéral commencerait-il à fournir de l'argent aux provinces pour balkaniser le système encore plus?

Dr Sky: Tout d'abord, la santé est de compétence provinciale en vertu de la Constitution.

Le président: Nous le savons.

Dr Sky: Nous voulons un système uniforme mais il y a des différences et les provinces ont des besoins différents.

Le président: Je pensais qu'il était question des patients et non pas des gouvernements.

Dr Sky: En effet. Toutefois, comme c'est généralement le cas, malheureusement, si vous avez un système financé par les provinces, elles veulent maintenir le contrôle et ne pas diffuser l'information à l'extérieur de leurs frontières.

Le président: Vous me donnez là une réponse que je qualifierais de politique. Vous êtes ici aujourd'hui pour représenter l'OMA et la profession et non pour me parler de relations fédérales-provinciales.

Je veux donc savoir, d'un point de vue pratique, pourquoi n'est-ce pas raisonnable? Y a-t-il un argument logique contre un seul dossier de santé électronique?

Dr Sky: C'est exactement ce que je réclame, une formule normalisée qui s'applique à l'échelle du pays. Évidemment, nous ne voulons pas balkaniser le système ou faire une courtepointe. The Chairman: Therefore, funding the provinces is not the issue; the issue is funding the system. That is a significant difference.

Dr. Sky: Yes.

The Chairman: Dr. Halparin, if you asked me what my overwhelming reaction was to the tone of all of this, it is, "Whatever you do, go slow, take time; do not act as if you have to make a decision quickly. Bring everyone along with you. Run a zillion pilot projects. Everything must be done voluntarily. There should be no pre-emptive portion on anybody. We should be nice, little quiet Canadians and bring everyone together collegially." At what point do we say, "Enough is enough: solve the damn problem."?

Dr. Halparin: Mr. Chairman, there is much in that question. First, it is important for people to know that primary care delivery has been evolving exceedingly rapidly. Physicians and, I am sure, all other health care professionals have been altering the method by which they practise at an exceedingly rapid rate. What we have been discussing is how we will codify that and how we will acknowledge that the provision of this portion of the puzzle, the comprehensive care, needed some other kind of structure. You may ask any family doctor or any other health care professional about how the approach that they have taken towards primary care has altered.

The Chairman: I would take issue with your "rapidly changing" comment. I am using your own data. You tell me there are 8,000 members of the OMA GP section. You tell me that 176 are involved in 13 pilot projects. To my way of thinking, 176 out of 8,000 is hardly rapid progress.

You go on to say that you are encouraged by the level of interest — I do not know what "encouraged" and "level of interest" means — in regard to these new voluntary models. The frustration I am expressing, because I feel it passionately, and it is reflected in other comments, is with the notion that everything must be done voluntarily, and that nothing should be done that is likely to create a problem.

In Dr. Hutchison's report, she gives herself the out of not supporting the synthesis report on the pilot projects by saying that the report is due to be released shortly but, of course, there are challenges in interpreting the answers. These are all of the weasel words that I would use to try to ensure that I had manoeuvring room to disown the report if that is what I need to do when it comes out. I understand the game. That is not my problem. My problem is that, at some point, we need to stop talking, and running pilot projects, and start doing something.

I believe it was Dr. Barrett who said that there is a prevailing myth that physicians are barriers to change. I wish to tell you that I do not know that it is a myth.

Dr. Halparin: Let me try to respond.

Le président: Par conséquent, le financement des provinces n'est pas un problème; le problème c'est le financement du système. C'est une différence importante.

Dr Sky: Oui.

Le président: Monsieur Halparin, si vous me demandez quelle a été ma réaction générale à tout ceci, c'est: «Quoi que vous fassiez, allez lentement, prenez votre temps, ne prenez pas de décision hâtive. Ralliez tout le monde. Lancez-vous dans un million de projets pilotes. Faites tout sur une base volontaire. Attention à ne pas damer le pion à quiconque. Nous devons être de gentils petits Canadiens et nous entendre dans la collégialité.» Quand allonsnous dire: «Ça suffit: réglez le problème»?

Dr Halparin: Monsieur le président, c'est une question très chargée. Tout d'abord, il faut que les gens sachent que les services de soins primaires évoluent très rapidement. Les médecins et, j'en suis persuadé, tous les autres professionnels de la santé changent leur mode de pratique à un rythme extrêmement rapide. Ce dont il est question, c'est la façon de codifier cette nouvelle façon de faire et de reconnaître que cette partie du casse-tête, les soins de santé intégrés, entraîne une structure différente. Demandez à un médecin de famille ou à tout autre professionnel de la santé comment leur approche aux soins primaires a évolué.

Le président: Est-ce que vraiment tout cela «évolue rapidement». Je me fonde sur vos propres données. Vous me dites qu'il y a 8 000 omnipraticiens à l'OMA. Vous me dites que 176 d'entre eux participent à 13 projets pilotes. D'après moi, 176 sur 8 000, ce n'est pas ce que j'appellerais progresser rapidement.

Vous poursuivez en disant que vous trouvez encourageant le degré d'intérêt — j'ignore ce que «encourageant» et «degré d'intérêt» veulent dire — dans le contexte de ces nouveaux modèles volontaires. La frustration que j'exprime, parce que je la ressens passionnément, découle de cette idée que tout doit être fait volontairement, qu'il ne faut rien faire qui puisse créer des remous.

Dans son rapport, Mme Hutchison se prononce contre le rapport de synthèse sur les projets pilotes en disant que ce rapport doit être publié incessamment mais que, bien sûr, l'interprétation des réponses présente un véritable défi. Elle utilise tous ces mots insaisissables que j'utiliserais moi-même pour me réserver la possibilité de désavouer le rapport si c'est ce que j'estime devoir faire lorsqu'il sera publié. Je comprends parfaitement cette tactique. Ce n'est pas mon problème. Mon problème, c'est qu'à un moment donné, il faut mettre un terme aux palabres et aux projets pilotes pour s'atteler concrètement à la tâche.

Je crois que c'est M. Barrett qui a dit que selon un préjugé bien ancré, on considérait que les médecins étaient un obstacle au changement. Je peux vous dire qu'à mon avis, ce n'est pas un préjugé.

Dr Halparin: Je voudrais essayer de répondre.

The Chairman: Other than that, I do not have any views on the subject. Then I will turn to my colleagues. You can tell I am somewhat frustrated.

Dr. Halparin: Mr. Chairman, you raise many complex issues inside the context of one comment. If the notion is that somehow you will make it mandatory for physicians to join, what you are also saying is that, in essence, you are making it mandatory for patients. Physicians cannot join voluntarily. There is a large issue with respect to whether or not the public wants to be told, in a mandatory fashion, that they must do something.

The Chairman: That is our problem, not your problem.

Dr. Halparin: It is our problem, too. I do not want patients enrolling with me who are opposed to the notion of enrolling. The core of this issue is the doctor-patient relationship.

Second, the notion that we are not providing change as we go along, that we are somehow obstructionist to this process, is not the case. The profession has been open. I will give you one example: There are about 14,000 physicians in Ontario who work in hospitals. I was at the hospital from 12:30 to 3:00 this morning. When I am there, I work with the whole team. The concept that physicians are obstructionist to any kind of team approach is wrong. Every day that we work in the hospital, we work with nurses, dieticians, mental health workers and community care access centres.

The Chairman: I do not believe anybody has ever said that physicians are opposed to any kind of team practice, just so that we are clear.

Dr. Halparin: It is a matter of taking the experience that we have had in the hospital and moving it into the community.

Finally, I would tell you that we have a product. It is not as though I have come here without a product. We have brought a product. There is a contract there, and I believe it will be acceptable to the profession and to patients. However, making that mandatory at this point would not be a good idea.

Dr. Sky: In regard to the issue of rapid and revolutionary change, where you have a revolution and the next morning you have many dead bodies in the street, we have had some rapid change in Ontario with regard to hospital restructuring. We have found that it was not well thought out. Everything was not in place for the changes that were occurring. When that happens, if you do not have the things ready in the community to take up the slack, patients are left out in the cold. They are thrown out of hospital quicker and sicker, and suddenly there is nothing out there for them.

We do not want these kinds of changes on something that is as vital to Canadians as their primary health care to be made without their being though about very carefully. If a mistake is made, the patients will be the ones who will pay.

Le président: À part cela, je n'ai pas de point de vue sur le sujet. Je céderais donc la parole à mes collègues. Vous voyez que je suis assez exaspéré.

Dr Halparin: Monsieur le président, vous soulevez en un seul commentaire de nombreuses questions complexes. Si vous envisagez une adhésion obligatoire pour les médecins, vous imposez indirectement un régime obligatoire aux patients. Les médecins ne peuvent pas adhérer volontairement au régime. On peut se demander si les Canadiens se laisseront imposer un système obligatoire.

Le président: C'est notre problème, et non le vôtre.

Dr Halparin: C'est aussi le nôtre. Je ne veux pas me retrouver avec des patients qui sont hostiles au principe même de l'engagement auprès d'un médecin. Le coeur du problème, c'est la relation entre le patient et le médecin.

Deuxièmement, il n'est pas juste de dire que nous refusons le changement et que nous faisons obstruction dans cette démarche. La profession a fait preuve d'une grande ouverture. Je peux vous en donner un exemple: en Ontario, on trouve environ 14 000 médecins qui travaillent dans les hôpitaux. J'ai été moimême à l'hôpital de minuit et demi à trois heures du matin. Lorsque j'y suis, je travaille avec toute une équipe. On a tort de dire que les médecins s'opposent à toute forme de travail en équipe. Tous les jours où nous sommes à l'hôpital, nous travaillons avec des infirmières et infirmiers, des diététistes, des spécialistes en santé mentale et des centres communautaires.

Le président: Pour que les choses soient claires, je ne pense pas que quiconque ait jamais laissé entendre que les médecins s'opposent à toute forme de travail en équipe.

Dr Halparin: Il s'agit maintenant de tirer parti de notre expérience en milieu hospitalier pour la transposer en milieu communautaire.

Enfin, je peux vous dire que nous avons un produit. Ce n'est pas comme si j'arrivais ici les mains vides. Nous apportons avec nous un produit. On a rédigé un contrat, et je pense que la profession médicale et les patients le jugeront acceptable. Cependant, ce n'est pas une bonne idée que de le rendre obligatoire.

Dr Sky: Sur la question des changements révolutionnaires du jour au lendemain, lorsqu'une révolution se produit, on se retrouve le lendemain avec de nombreux cadavres dans les rues; nous avons connu un changement rapide en Ontario lors de la restructuration des hôpitaux. Nous avons constaté que l'opération n'avait pas été bien préparée. Tout n'était pas en place pour accueillir les changements. Dans une telle situation, si la collectivité n'est pas prête à faire du rattrapage, des patients vont être laissés à eux-mêmes. On les pousse plutôt vers la porte de l'hôpital, alors qu'ils sont encore malades, et du jour au lendemain, ils se retrouvent livrés à eux-mêmes.

Nous ne voulons pas assister à des changements de ce genre dans un domaine aussi vital pour les Canadiens que les soins de santé primaires sans qu'il y ait eu au préalable un travail de réflexion minutieuse. Si quelqu'un fait une erreur, ce sont les patients qui vont en faire les frais.

The Chairman: Can you give me a time frame? You have 13 pilot projects in progress; how long do you need to think about it?

Dr. Sky: That is interesting. We have had them for two years. Out of that, we finally have a contract that we now offer out to physicians right across Ontario as of January of this year. Unfortunately, we did have the OPSEU strike which interfered with the processing of these contracts, and we are just now starting to see some of them coming to fruition.

The Chairman: Give me some estimate of your numbers. I understand we are at 176 out of 8,000. When will you get to the 2,000 mark?

Dr. Sky: I cannot give you a hard and fast target.

The Chairman: Give me an estimate.

Dr. Sky: I cannot tell you. We have offered out those contracts. I do not know how many the family health network has received back yet. They have had many people express an interest, but it takes time to work out these changes.

I would also caution you. We had some reference by Dr. Barrett to the issue of physician human resources, especially when it comes to family practitioners. In Ontario, almost 10 per cent of our family practitioners are over the age of 65. We have a terrible demographic shift here. If you suddenly confront these older physicians with something dramatically different from what they have already had, they may opt to retire.

The Chairman: That is legitimate. We need to have some form of a grandfathering clause. I do not have a problem with that.

Dr. Hutchison: I think our frustration mirrors your frustration.

The Chairman: Do you know what is in the Health Canada report? I will not ask you what is in it, but have seen the synthesis or do you know roughly what is in it?

Dr. Hutchison: I have some hints, but no.

The Chairman: The words are protective.

Dr. Hutchison: The words are the same words I have used all along. We need to look at how alternative models impact on patient health outcome. As a practicing family physician, you ask: What is the problem, and how do we fix it? Is it a single problem? What can we do? We did offer some concrete alternatives.

Are we trying to bring our system back to the level where it was sustainable and we could hire nurses in our offices, work more collaboratively and extend our practices? That is a do-able step. In addition, we are contemplating pilot projects to look at alternatives at the same time.

The big issue is increasing the funding back to reasonable levels so that we can actually regain some of the ground we have lost while other alternatives are being considered at the same time. Le président: Pouvez-vous me donner une échéance? Il y a actuellement 13 projets pilotes en cours; combien de temps vous faut-il pour les évaluer?

Dr Sky: C'est intéressant. Nous y participons depuis deux ans. Ils nous ont permis de rédiger un contrat que nous pouvons désormais proposer à tous les médecins de l'Ontario depuis janvier dernier. Malheureusement, la grève des fonctionnaires ontariens a fait obstacle au traitement de ces contrats, et c'est seulement maintenant que certains d'entre eux commencent à porter fruit.

Le président: Donnez-moi une idée des chiffres actuels. Je crois que vous en êtes à 176 sur 8 000. Quand pensez-vous atteindre le seuil des 2 000?

Dr Sky: Je ne peux pas vous donner de chiffre précis.

Le président: Alors, donnez-moi un chiffre estimatif.

Dr Sky: Je ne peux pas vous le dire. Nous avons proposé ces contrats. Je ne sais pas combien le réseau de la médecine familiale nous en a renvoyé. Nombreux sont ceux qui ont exprimé un intérêt, mais il faut toujours du temps pour effectuer des changements de ce genre.

Je voudrais aussi faire une mise en garde. Le Dr Barrett a fait référence aux ressources humaines en médecine, notamment en médecine familiale. En Ontario, près de 10 p. 100 des médecins de famille ont plus de 65 ans. Nous avons donc une situation démographique particulière. Si ces médecins âgés se retrouvent confrontés à quelque chose de totalement différent de ce qu'ils connaissent, ils risquent fort d'opter pour un départ à la retraite.

Le président: C'est bien légitime de leur part. Il faudrait envisager une forme de maintien des droits acquis. Cela me semble tout à fait concevable.

Dre Hutchison: Notre exaspération est le pendant de la vôtre.

Le président: Savez-vous ce que contient le rapport de Santé Canada? Je ne vous interrogerai pas sur son contenu, mais est-ce que vous en avez vu une synthèse ou est-ce que vous savez à peu près ce qu'on peut y trouver?

Dre Hutchison: J'ai eu quelques indications, mais rien de précis.

Le président: Voilà des propos prudents.

Dre Hutchison: Ce sont les propos que j'ai toujours tenus. Il est indispensable d'analyser l'effet des autres modèles sur l'état de santé de nos patients. Le médecin de famille doit toujours se demander quel est le problème et quelle est la façon de le résoudre. S'agit-il d'un seul problème? Que peut-on y faire? Et nous avons proposé d'autres solutions concrètes.

Est-ce qu'on essaie vraiment de remettre le système des soins de santé au niveau où il était gérable, à l'époque où nous pouvions recruter des infirmières dans nos services, travailler en misant davantage sur la collaboration et étendre notre pratique? Tout cela est possible. En outre, nous envisageons en parallèle des projets pilotes qui mettront d'autres formules à l'épreuve.

Le gros problème, c'est de ramener le financement à des niveaux raisonnables, de façon que nous puissions rattraper une partie du terrain perdu, tout en envisageant d'autres formules.

The Chairman: I found useful your comment on the Canadian military's use of medical assistance and emergency medical technicians. That is a view we have not had before. That was useful.

Dr. Barrett: With regard to the barriers to change comment, one of the biggest barriers to change is always comfort. Everyone here knows from my previous presentations here that the physicians of Canada are not comfortable right now. We see some urgency here too. Things have to change soon. We cannot hold the system together much longer. We feel that is what we are doing right now. We would like to see change, and we would like to see change rapidly, too.

One concern we have, as you heard from Dr. Sky, is that some of the changes that occurred in the early 1990s occurred without our input. In fact, we were definitely excluded from input. As a result, we, the providers and the patients, were often left to implement and live with policies that were not workable. That is what we do not want to see again. We want to be there: We want to be at the table every time, everywhere, for input, which is not necessarily for us to tell you how to do your business. That is your job. We want to be there to advise. We do not want to see what happened in the early 1990s happen again. We think that is part of the reason we are in a mess now. We are looking to change, and looking for it urgently. Something must happen soon.

The Chairman: Let me make one comment about comfort: Change is never comfortable. When you talk to people in the high tech sector today, they are not comfortable. When you talk to people teaching in universities, they are not comfortable. When you talk to people in a whole pile of other professions, they are not comfortable. Your profession is not comfortable, and I could be sarcastic and say, "So what?" If the objective is to make change that keeps your members comfortable, we will not make change. That is the reality.

Dr. Barrett: Perhaps I did not make myself clear. We are not comfortable with the way things are. We are ready for change. We will not be comfortable until there is some change.

Senator LeBreton: This whole debate is about change. I happen to belong to a political party that paid a hell of a price for having the courage to make some changes, but that is another issue.

We have had testimony on the issue of primary care reform. We have had testimony about the aging population amongst physicians, but also the aging population in general and the people you are treating. We have had a lot of evidence about orphan patients and the need for primary care reform.

Senator Kirby asked that broad, overarching question. However, if we cut to the chase and we start with a clean slate — I suppose Dr. Halparin can jump in on this first — what kind of incentives do you see that, with you and the government giving

Le président: Vos remarques concernant l'utilisation de l'assistance médicale et des techniciens d'urgence par l'armée canadienne m'ont paru très utiles. Personne ne nous en avait parlé.

Dr Barrett: En ce qui concerne les obstacles au changement, le plus important est toujours la notion de confort. Dans mes interventions précédentes, j'ai dit que les médecins canadiens ne se sentent pas à l'aise actuellement. Nous éprouvons nous aussi un certain sentiment d'urgence. Il va falloir que les choses changent rapidement. Nous ne pouvons plus tenir le système à bout de bras, comme nous avons le sentiment de le faire actuellement. Nous voulons des changements, et à brève échéance.

Comme l'a dit le Dr Sky, une partie des changements du début des années 90 ont été opérés sans qu'on nous ait consultés, et c'est bien ce qui nous préoccupe. On nous a même résolument écartés des consultations. En conséquence, les médecins et leurs patients se sont vus contraints de s'accommoder de politiques qui n'étaient pas viables. Nous ne voulons pas que cela se reproduise. Nous voulons pouvoir donner notre avis à chaque étape, ce qui ne signifie pas nécessairement que nous allons vous dire comment mener vos affaires. Nous voulons être là pour vous conseiller. Nous ne voulons pas que les erreurs des années 90 se reproduisent. Nous pensons qu'elles sont à l'origine du marasme actuel. Nous voulons du changement à brève échéance. Il faut que quelque chose se produise très bientôt.

Le président: Voici ce qu'on pourrait dire au sujet du changement. Personne n'aime le changement. Les gens du secteur de la haute technologie n'aiment pas ce qui se passe actuellement dans leur secteur. Les professeurs d'université n'aiment pas non plus ce qui se passe dans leur secteur à eux. Beaucoup de gens appartenant à diverses professions n'aiment pas ce qui se passe non plus dans leur secteur. Il en est de même pour les membres de votre profession. Avec une pointe de sarcasme, je pourrais dire: «Et puis?» Si notre objectif est d'apporter des changements au système qui plairont à vos membres, nous devrons renoncer au changement. Voilà la réalité.

Dr Barrett: Je ne me suis peut-être pas exprimé suffisamment clairement. Nous n'aimons pas la situation actuelle. Nous sommes prêts pour le changement. En fait, nous ne serons satisfaits que lorsque des changements auront été apportés au système.

Le sénateur LeBreton: Tout le débat porte sur le changement. J'appartiens à un parti politique qui a eu le courage d'apporter certains changements et qui a payé cher parce qu'il l'a fait. C'est cependant une autre question.

Nous avons entendu des témoignages sur la réforme des soins primaires. Certains témoins nous ont aussi parlé du vieillissement des médecins et du vieillissement de la population en général, soit les personnes que vous traitez. Nous avons aussi entendu beaucoup de témoignages au sujet de patients orphelins et de la nécessité d'une réforme des soins primaires.

Si nous faisons table rase du système actuel et que nous repartons de zéro — je pense que Dr Halparin pourrait peut-être répondre à cette question en premier —, quels sont les incitatifs que vous et que le gouvernement pourriez recommander pour

some direction here, can be brought in to encourage doctors to enter into a genuine primary health care unit or team? Is it with young doctors graduating from universities? How do you see this evolving? How much time do you think will pass between what we have now and when we have a country-wide, workable primary health care system in place, acknowledging that, region to region, this is not always possible?

Dr. Halparin talked about his pilot projects. At our round table a few weeks ago, several people made some very disparaging comments about pilot projects. A lot of effort, money and resources go into such pilot projects, and then they are completed and that is the end of it and we are back to square one.

What incentives do you see, if we can cut to the chase, that would start this process along much more quickly?

Dr. Halparin: First, we went on what I have described as an odyssey through the billing patterns of family doctors in Ontario over the past three years to try to determine, to the best of our ability, what they were doing. Second, we took the information and evaluation we had received from our pilot sites, which were fundamental to this process, and tried to understand the areas where it worked and the areas where it did not work. We came up with this blended model that we are offering. It is really an effort to blend and marry the best components of capitation with the best components of fee for service.

I need to say a word about fee for service en passant. It is not as if there is a terrible need that we absolutely fundamentally must change. Fee for service has served patients and the professions well for something akin to 4,000 years. There is a necessary component in these arrangements that is substantially related to fee for service.

We tried to take the new dollars that were allocated and divide them into sections. One section was with respect to capitation, so the patients are age and weight distributed. Your have a payment for your patients for a core set of 57 services. I will not go into all the details, but a core set of 57 services makes up the capitation, mainly office-based procedures and office-based assessments that make up the core. There are extra dollars in there. They are age and sex weighted. If you are a 10-year-old male, you get 0.44 times what the value is. If you are 75 or over, you get double. We wanted to create an incentive to look after the elderly. That is how that part of it worked.

Then we said, what about wellness and prevention? There is a list of conditions, immunizations, mammography, pap smears and flu shots, where you can earn bonuses by having X percent of your patients receive those services on an annual basis. We blended into that the information technology so you actually know what is happening.

encourager les médecins à se joindre à une véritable unité ou équipe de soins de santé primaires? Faut-il chercher à encourager les jeunes diplômés à le faire? Comment voyez-vous les choses? Combien de temps s'écoulera-t-il pensez-vous jusqu'à ce qu'un véritable système de soins de santé primaires soit mis en oeuvre dans l'ensemble du pays bien que je reconnaisse que dans certaines régions il ne sera pas possible de mettre en oeuvre ce système?

Le Dr Halparin a parlé de ses projets pilotes. Certains participants à la table ronde que nous avons organisée il y a quelques semaines n'ont pas eu grand-chose de bon à dire au sujet des projets pilotes. Selon eux, on investit beaucoup d'argent, d'effort et de ressources dans ce genre de projets pilotes qui n'aboutissent à rien.

Si nous faisons table rase, quels sont les incitatifs qui, à votre avis, pourront permettre d'accélérer la mise en oeuvre d'un système de soins de santé primaires?

Dr Halparin: Nous avons d'abord passé en revue les tendances en matière de facturation au sein des médecins de famille en Ontario et ce pour les trois dernières années. Nous nous sommes ensuite reportés à l'information et aux évaluations de nos projets pilotes, lesquels ont joué un rôle fondamental dans le processus, et nous avons essayé de comprendre ce qui avait fonctionné et ce qui n'avait pas fonctionné. Nous avons abouti à ce nouveau modèle que nous vous proposons. Il n'est vraiment pas facile d'essayer de combiner les meilleurs éléments du système de capitation aux meilleurs éléments du système de rémunération à l'acte.

J'aimerais dire quelques mots en passant au sujet de la rémunération à l'acte. Il n'est pas absolument essentiel qu'on modifie ce mode de rémunération. La rémunération à l'acte sert bien les patients et les médecins depuis près de 4 000 ans. Ces accords comportent nécessairement un élément qui se rapproche beaucoup de la rémunération à l'acte.

Nous avons pris les nouveaux crédits qui nous ont été attribués et nous les avons répartis entre les sections. Dans la section de la capitation, les patients sont répartis de façon pondérée en fonction de leur âge. Des frais fixes sont établis pour un ensemble de 57 services. Je n'entrerai pas dans les détails, mais cet ensemble de 57 services constitue la base du système de capitation. Il s'agit surtout d'interventions et d'évaluations qui se font au bureau du médecin. Des crédits supplémentaires ont été attribués pour ces services. Les crédits sont pondérés en fonction de l'âge et du sexe. Si votre client est un garçon de 10 ans, vous obtiendrez 0,4 p. 100 du taux de capitation prévu. Si votre client a plus de 75 ans, vous obtiendrez le double. Nous voulions encourager les médecins à s'occuper de patients âgés. Voilà comment nous nous y sommes pris pour cette composante du modèle.

Nous nous sommes ensuite demandé ce qu'il fallait faire pour promouvoir le bien-être et la prévention. Un médecin peut obtenir une prime si un pourcentage X de ses patients reçoivent certains services de façon annuelle comme les vaccins, les mammographies, les tests Pap et les vaccinations contre la grippe. La technologie de l'information permet d'établir des statistiques à cet égard.

We offer premiums because we want physicians to continue to provide certain services that they were abandoning, perhaps because they were not cost effective. If you continue to work in a hospital, the premium is up to \$5,000; if you continue to work in obstetrics, the premium is \$3,200. There are four other sets of premiums one can earn.

We took the best features we could find from fully capitated models with a much larger basket of services and blended those in order to create the model we have. We believe it will be successful in acknowledging the changes that have taken place and the requirement for comprehensive care, something that doctors needed to know was an important and fundamental part of the delivery system.

Senator LeBreton: What is the next step to move from the system we now have into a much broader primary care system? Do you concentrate on doctors entering the system? How do you implement your plan?

Dr. Halparin: You are asking how it should be marketed. The question is whether it should also be marketed to patients. I do not think that is our decision to make, but if you wished to recommend that such a model be marketed to patients so that they are asking for it, that would be a good thing.

With respect to the profession, we have held a variety of education sessions. I have personally explained this arrangement to over 1,000 physicians. The presentation I give lasts 90 minutes and then there is a question period of usually another 90 minutes. There has been a wide range of interest.

I think it will be a bit like popping popcorn: A few kernels will pop to begin with, but then there will be a lot of popping going on when people understand that this acknowledges the complexities involved in providing comprehensive care, that it is good for patients and, by extension, good for physicians.

Dr. Sky: Might I suggest, senator, that you should look at it in light of what happened with laparoscopic cholecystectomy, the keyhole gallbladder surgery. Initially there was very slow uptake, but patient demand drove surgeons to acquire that skill. I believe that is exactly what will happen with this initiative. As patients understand the benefits of primary care reform, they will be asking their physicians if they can get involved in it. For physicians, the IT component of primary care reform is a big incentive.

Dr. Hutchison: There is great benefit in the Ontario model that is being proffered. Other options are available in other jurisdictions that are not even being piloted; they are simply available. Ongoing alternative fee structure models and salary blended options are currently available that are not subject to any pilot project or evaluation model. Adding the IT decision-support tools to those elements may be very attractive to many as well.

Nous offrons des primes pour encourager les médecins à continuer d'offrir certains services qu'ils avaient cessé d'offrir parce qu'ils n'étaient pas rentables. La prime à laquelle a droit un médecin qui continue de travailler à l'hôpital est de 5 000 \$; celle que touche un médecin qui fait des accouchements est de 3 200 \$. Il existe quatre autres primes auxquelles un médecin peut avoir droit.

Nous avons combiné les meilleurs éléments du modèle de la capitation et nous avons élargi les services assurés pour aboutir au modèle que nous proposons. Nous estimons que ce modèle tient compte des changements survenus dans le domaine de la médecine et de la nécessité d'offrir un ensemble de soins complets. Il fallait indiquer aux médecins qu'il s'agissait d'un élément important et fondamental du système de prestation des soins.

Le sénateur LeBreton: Quelle est la prochaine étape vers un système de soins de santé primaires élargi? Faut-il concentrer ses efforts sur les nouveaux diplômés? Comment mettre en oeuvre ce nouveau régime?

Dr Halparin: Vous me demandez comment faire la promotion auprès des médecins. Il faudrait aussi se demander comment en faire la promotion auprès des patients. Cette décision ne nous appartient pas, à mon avis, mais si vous voulez recommander que la promotion de ce régime soit faite auprès des patients, ce serait une bonne chose.

Nous avons tenu de nombreuses séances d'information à l'intention des médecins. J'ai personnellement expliqué ce nouveau régime à plus de 1 000 médecins. Mon exposé dure 90 minutes et je réponds ensuite aux questions pendant environ 90 minutes. Le régime suscite beaucoup d'intérêt.

On peut comparer l'intérêt qu'il suscite à du pop corn qui éclate. Au début, quelques grains éclatent seulement et ensuite il y en a de plus en plus. L'intérêt pour le système augmentera de la même façon à mesure que les gens se rendront compte que c'est la meilleure façon d'offrir un ensemble complet de services et que le système profite tant aux patients qu'aux médecins.

Dr Sky: On peut comparer la situation, sénateur, à ce qui s'est produit avec la cholécystectomie par laparoscopie, la chirurgie de la vésicule biliaire effectuée au moyen d'un appareil microscopique. Au début, cette intervention était très rare, mais peu à peu parce que les patients la réclamaient, les chirurgiens ont appris à la faire. Je crois que c'est exactement ce qui va se produire avec cette initiative. À mesure que les patients comprendront les avantages de la réforme des soins primaires, ils demanderont à leurs médecins d'y participer. Pour les médecins, l'élément de la réforme des soins primaires qui est lié à l'utilisation de la technologie de l'information constitue un gros incitatif.

Dre Hutchison: Le modèle ontarien qu'on propose présente un grand avantage. D'autres modèles sont déjà mis en oeuvre dans d'autres provinces. Des modes de rémunération de rechange et des options à cet égard qui comportent le versement d'un certain salaire sont déjà des réalités à certains endroits. L'ajout des d'outils décisionnels reposant sur la technologie de l'information est susceptible de plaire à un nombre élevé de médecins.

If we limit ourselves to the options that are currently being piloted, we may miss some of the models that are very effective and are practised in many jurisdictions across the country. Being aware that there are different strategies that work for different places and looking at some of the strategies that are currently functioning is a good place to start.

Senator LeBreton: You talk about information technology being something that physicians would support. When you go into a doctor's office, you see a wall of files. Will doctors really want to turn all of those files on their patients into a general pool of information technology? How will that be implemented?

Dr. Sky: A couple of principles are involved. Paramount is patient confidentiality. That is why I asked for legislation. I believe that we must have legislation to make this work well.

Second, we need to understand that the information will be in a central server. However, pursuant to the way in which we have established the process in Ontario, the Government of Ontario will provide everything but will be at arm's length to the information. We want to ensure that the doctors are still in control of the patient information. Otherwise, patients will likely not give us full disclosure, which would make treatment very difficult.

We should understand that once the doctor manipulates the data and arrives at a treatment plan, that intellectual property belongs to the physician. That needs to be respected as well. Any data mining that will occur must be done with that in mind, and in a non-threatening environment. If physicians were to believe, for instance, that that would be used as a management tool to extract some form of guideline from them, they would probably not cooperate as well.

Senator LeBreton: You say the information belongs to the physician. Some people will argue that the data belongs to the patient. How do you bridge that gap?

Dr. Sky: Let me be clear, senator. The data on the patient belongs to the patient; it does not belong to the doctor. It is that which the doctor does with his own brain in manipulating that information to develop a treatment plan or to interpret the information that belongs to the doctor. I do not in any way exclude the fact that the property rights on the information belong to the patient.

Patients want that information to arrive at the point of service in a timely fashion so that there is no duplication and no delay in their treatment.

Senator LeBreton: Dr. Hutchison said that most reform proposals consider the inclusion of nurse practitioners despite the current nursing crisis. Yet, some time ago we heard witnesses who tabled the very alarming information that 40 per cent of nurse practitioners in the Province of Ontario are not utilized in their chosen field but are rather working in retail or other, unrelated fields. How do you explain that?

Si nous nous limitons aux options qui font actuellement l'objet de projets pilotes, nous passerons peut-être à côté de modèles qui sont efficaces et qui sont déjà mis en oeuvre dans d'autres parties du pays. Il conviendrait d'examiner les divers modèles qui existent déjà.

Le sénateur LeBreton: Vous dites que les médecins sont favorables à la technologie de l'information. Lorsqu'on entre dans le bureau d'un médecin, on voit tout un mur rempli de dossiers. Les médecins voudront-ils vraiment convertir tous ces dossiers en données informatiques? Comment le feront-ils?

Dr Sky: Il faut d'abord respecter deux ou trois principes dont le plus important est la protection de la vie privée du patient. Voilà pourquoi je préconise l'adoption d'un projet de loi. Pour assurer la réussite de ce modèle, il doit être inscrit dans une loi.

Il faut comprendre que l'information sera entreposée dans un serveur central. Il est prévu que le gouvernement de l'Ontario fournira le matériel voulu, mais qu'il n'aura aucun droit de regard sur cette information. Nous voulons faire en sorte que l'information des patients continue d'être entre les mains des médecins. Si ce n'était pas le cas, les patients refuseraient de communiquer certains renseignements, ce qui ferait qu'il nous serait très difficile de les traiter.

Une fois que le docteur exploite les données pour établir un plan de traitement, ce produit intellectuel lui appartient. Il faut donc respecter le principe de la propriété intellectuelle. Toute extraction des données doit tenir compte de ce principe et ne doit pas être vue comme une menace par le médecin. Si les médecins avaient cru que cette information pouvait être utilisée par les gestionnaires pour établir des lignes directrices, ils se seraient montrés moins coopératifs.

Le sénateur LeBreton: Vous dites que cette information appartient au médecin. Certains diront qu'elle appartient plutôt au patient. Comment concilier ces deux points de vue?

Dr Sky: J'aimerais être très clair là-dessus, sénateur. L'information portant sur le patient appartient au patient et non au médecin. C'est le plan de traitement ou l'interprétation des données qui appartient au médecin. Je ne nie pas du tout le fait que l'information appartienne au patient.

Les patients souhaitent que l'information les concernant soit transmise au point de service de façon opportune pour éviter tout retard dans leur traitement ou pour éviter tout double emploi.

Le sénateur LeBreton: La Dre Hutchison dit que la plupart des propositions de réforme faisaient une place aux infirmières et infirmiers praticiens même s'il y a pénurie d'infirmières et infirmiers de ce genre à l'heure actuelle. Il y a quelque temps, des témoins nous ont cependant dit — ce qui est très alarmant — que 40 p. 100 des infirmières et infirmiers praticiens en Ontario ne travaillent pas dans leur domaine de spécialisation, mais plutôt dans le domaine du commerce au détail ou dans d'autres domaines qui n'ont rien à voir avec les soins infirmiers. Comment l'expliquez-vous?

Dr. Sky: We have said all along that we want nurse practitioners involved, especially in the primary care reform teams or the family health network teams. We have not yet secured a funding model for these nurse practitioners and we have not yet determined how liability will be dealt with. Those are the two areas on which we need to get working. The Ontario Medical Association was negotiating for the template, and Dr. Halparin can expound on the negotiations for that. That took a long time to work out.

Dr. Halparin: First, I must say that physicians have done nothing to create problems for nurse practitioners with respect to this initiative.

Senator LeBreton: I acknowledge that.

Dr. Halparin: Although the contract we have provides a structure for all health care professionals, we have recognized in section 8.5 the role that nurse practitioners can play in practising within their scope of practice inside one of these family health networks. Again, there is no obstruction to the process. We are interested in this initiative. We need it on behalf of our patients.

The Chairman: Dr. Sky, you referred to a letter that you received from the Privacy Commissioner of Ontario indicating that your system was, in her terms, "privacy secure." May we have a copy of that letter, please? It will assist us in discussions that we will need to have, inevitably, with the federal Privacy Commissioner.

Dr. Sky: Certainly.

Senator Cook: Thank you for coming today. I would like to return to the Chair's opening statements in which he mentioned 8,000 physicians, 176 of whom look after 250,000 patients in 13 pilot projects which were started initially five years ago.

You need to help me understand this because I come from Newfoundland and Labrador. If you were to double the number of patients, that is how many people live on my island.

In the second paragraph of your presentation, even though there are 176 physicians, are you saying that the principles and guidelines were totally developed by your 8,000 members?

Dr. Sky: That is right.

Senator Cook: Therefore, everyone had a shot at developing this model that is in use by the 176 physicians who are covering 250,000 people, is that right?

Dr. Halparin: Not precisely, no. What that means is that there were a set of principles developed to guide the negotiators with respect to what the terms and conditions might be. Some 8,000 doctors did not have input into the nitty-gritty of how to write a contract.

Dr Sky: Nous avons dit dès le départ que nous voulions que le système fasse une place aux infirmières et infirmiers praticiens, en particulier au sein des équipes de réforme des soins primaires ou des équipes de santé familiale. Nous ne sommes pas encore parvenus à un accord sur la rémunération des infirmières et infirmiers praticiens et nous n'avons pas non plus régler la question de la responsabilité. Nous devons nous mettre au travail pour trouver une solution à ces problèmes. La Ontario Medical Association a négocié le modèle qui a été retenu et le Dr Halparin peut vous donner des précisions sur ces négociations qui ont été très longues.

Dr Halparin: J'aimerais d'abord faire remarquer que les médecins n'ont rien fait pour s'opposer à l'inclusion des infirmières et infirmiers praticiens à cette initiative.

Le sénateur LeBreton: Je le reconnais.

Dr Halparin: Bien que le contrat que nous ayons négocié prévoie une structure pour tous les professionnels de la santé, nous reconnaissons à l'article 8.5 le rôle que les infirmières et infirmiers praticiens peuvent jouer dans le cadre de l'exercice de leur profession au sein des réseaux de santé familiale. Nous ne nous opposons pas à leur inclusion à ces réseaux. En fait, nous y sommes favorables parce qu'elle est dans l'intérêt de nos patients.

Le président: Docteur Sky, vous avez fait allusion à la lettre dans laquelle la commissaire à la protection de la vie privée de l'Ontario vous fait savoir que votre système répond aux normes en matière de protection de la vie privée. Pouvez-vous nous fournir copie de cette lettre? Nous pourrons nous y reporter lors des discussions que nous aurons inévitablement à ce sujet avec le commissaire à la protection de la vie privée du Canada.

Dr Sky: Volontiers.

Le sénateur Cook: Je vous remercie de comparaître devant le comité aujourd'hui. J'aimerais revenir à ce que disait le président au début. Il a cité le chiffre de 8 000 médecins dont 176 s'occupent de 250 000 patients dans le cadre de 13 projets pilotes qui ont été mis en oeuvre il y a cinq ans.

Je n'ai pas très bien compris. Je viens de Terre-Neuve et du Labrador. Si l'on double ce nombre de patients, on obtient la population totale de ma province.

Je me reporte au deuxième paragraphe de votre exposé. Même s'il y est question de 176 médecins, faut-il comprendre que les lignes directrices ont été établies par l'ensemble de vos 8 000 membres?

Dr Sky: En effet.

Le sénateur Cook: Tous les médecins ont donc été consultés sur ce modèle dont font l'essai 176 médecins qui traitent 250 000 personnes, n'est-ce pas?

Dr Halparin: Pas exactement. Il faut plutôt comprendre que les négociateurs se sont reportés à un ensemble de principes régissant les modalités de l'accord. Environ 8 000 médecins n'ont pas eu leur mot à dire sur les points de détail du contrat.

Senator Cook: Even though 8,000 people did not have input, is the outcome a result of the experience of 8,000 people?

Dr. Halparin: There are 8,000 members in our GP section, all of whom were invited to provide input to their executive. Their executive created a set of principles. As well, the team that was involved in the initial stages of creating options for primary care reform also presented a set of principles to our council.

This information was to demonstrate to you that we had a great deal of input from family physicians across the province with respect to the guiding principles behind the type of arrangement in which they would be interested in participating along with their patients.

Senator Cook: I need to ask the question again. I know I heard the answer. Five years have expired and there have been 13 pilot projects. What are the barriers? Why can we not move beyond this? I know change is constant and inevitable, but we must link this to time sooner or later. I am looking at 13 pilot projects over five years in but one province of this nation. We are attempting to understand and bring in primary care for the entire country. My frustration knows no limit at this point.

Dr. Sky: Senator, I wish to correct one inaccuracy. Only two years have been spent on the pilot studies. We have had two evaluative reports from Price Waterhouse Cooper on these pilot sites. At that point we felt sufficiently secure about the changes that needed to be made to offer up these templates that are now being offered to physicians in Ontario.

Senator Cook: In your opinion, do you have sufficient evidence-based information to move this agenda forward? When I look at the bottom of this document, no one can object to the points that are set out.

Nowhere do I see a role for the nurse practitioner. I know that everyone is tired of hearing from me about these people. I look at benefits to patients and benefits to specialists. We are looking for integration and a way to do things differently. We are looking for people within the system who can make it easier to reform it, change it or deliver it. The nurse practitioner falls off the end, and I know the stresses. The nurse practitioner is a graduate nurse who is working on a floor of a hospital and who is trying to upgrade her skills, who has a family, and there is the question of funding and time. I do not see where he or she fits.

Dr. Hutchison: Everyone fits. One of the delays in the process has been in regard to the development and integration of the information technology which, as an enabler, has taken a long time to develop. Senator Kirby asked if we need one electronic health record or a set of standards to which all the electronic health record modellers can work. The electronic health record is a decision-support tool which helps to coordinate the delivery of care.

Le sénateur Cook: Même si 8 000 médecins n'ont pas eu leur mot à dire, ce contrat reflète leur situation, n'est-ce pas?

Dr Halparin: Les 8 000 omnipraticiens que compte notre association ont été invités à faire connaître leur point de vue au bureau. Le bureau a établi un ensemble de principes. L'équipe qui a participé à l'élaboration initiale des options en matière de réforme des soins primaires a aussi présenté un ensemble de principes à notre conseil.

Cette information visait à vous montrer qu'un grand nombre de médecins de famille de la province avaient été consultés au sujet des principes directeurs sur lesquels devait se fonder un accord pour qu'il présente de l'intérêt pour eux et pour leurs patients.

Le sénateur Cook: Je dois vous poser de nouveau une question. Je sais que vous y avez déjà répondu. Cinq années se sont écoulées depuis la mise en oeuvre de 13 projets pilotes. Pourquoi ne peuton pas passer à l'étape suivante? Je sais que le changement est inévitable et il faudra s'y résigner à un moment ou à un autre. Il s'agit de 13 projets pilotes mis en oeuvre sur une période de cinq ans dans une seule province. Il est cependant question de mettre en oeuvre un modèle de soins primaires dans l'ensemble du pays. La frustration que je ressens est sans borne.

Dr Sky: Sénateur, j'aimerais corriger une inexactitude. Les projets pilotes ne sont qu'à leur deuxième année de mise en oeuvre. Le cabinet Price Waterhouse Cooper a présenté deux évaluations sur ces projets. Les résultats des projets actuels nous permettent de présenter ce modèle à l'ensemble des médecins de l'Ontario.

Le sénateur Cook: À votre avis, disposez-vous de suffisamment de preuves confirmant l'utilité de ce modèle pour le mettre en oeuvre dans l'ensemble de la province? Personne ne peut trouver à redire aux points qui sont énoncés à la fin du document.

Il n'y est cependant pas question du rôle que doivent jouer les infirmières et infirmiers praticiens. Je sais que tout le monde en a assez de m'entendre aborder ce sujet. L'inclusion des infirmières et infirmiers praticiens au système présente des avantages pour les patients ainsi que pour les spécialistes. Il s'agit ici d'intégrer les services et de les offrir autrement. Nous cherchons à joindre les gens au sein du système qui sont favorables à la réforme. Le personnel infirmier est laissé pour compte. Je connais le stress que vivent ces personnes. Ce sont des diplômés qui travaillent dans un hôpital et qui cherchent à améliorer leurs compétences. Elles doivent concilier vie familiale et vie professionnelle. Il y a aussi la question du financement et du temps à consacrer à la formation. Je ne vois pas où elles s'intègrent au système.

Dre Hutchison: Tout le monde s'y intègre. La mise au point de la technologie de l'information et l'intégration au système de cette technologie ont retardé les choses. Le sénateur Kirby a demandé si ce qu'il nous faut est un dossier de santé électronique ou un ensemble de normes qui s'appliqueront à tous les dossiers de santé électroniques. Le dossier de santé électronique est un outil décisionnel qui facilite la coordination des soins de santé.

Your concern is with the delays over the course of the five years. Why has it taken so long? It has taken that long to develop the technology. If electronic health records are available to nurses and allied health professionals, they can help to coordinate care. Not including it does not mean it is not implied. Not only nurse practitioners are to be considered, however. As I mentioned before, in the Canadian military I worked with physician assistants. There are many physician extenders, or however you want to term them, along with different ways to deliver care to patients. The IT piece is essential in helping to coordinate that.

Senator Cook: If we could move the IT piece forward today, would that help to accelerate the reform that we all desire? And how do you see us moving it forward?

Dr. Hutchison: I think all physicians believe information technology has the ability to help in decision-making support and help in moving the reform forward as a coordination piece.

Senator Cook: In light of the fact that we are moving patients out of hospitals, do you see home care as a component of this reform?

Dr. Hutchison: It is essential. As a practising family physician who has been practising during the years of the changes, we saw many patients whose care was devolved from the institution into the home. The delivery of medical care now extends much more into the community than it did before. It has become a larger piece of the delivery of medical care and health care in general. We need to be able to provide the continuum of care.

Dr. Halparin: I do not wish to leave people with the notion that some of these things are not being done. Home care is being delivered now. It is an integral part of the system. In terms of the structure of the product I bring here, it is a fundamental element. Right now, however, there is not the incentive to provide that care, whereas in the context of the arrangements we have developed, there is additional incentive to provide that kind of care. There is an extra incentive for hospitals, home care and long-term care institutions. There are many incentives to encourage provision of care. It is that totality of care that doctors provide to patients and their families, especially if they have other allied professionals who can go out and make those house calls, that makes this system that we are proposing one which we think will be beneficial to patients.

I add parenthetically that the nurse practitioners and the entire team are specifically referenced under benefits to family physicians.

I did not wish to rewrite every benefit, as they overlap so much. It is the ability to coordinate and collaborate with a team approach to patient care that is a fundamental benefit to the family physicians and the patients.

Vous demandez ce qui a retardé l'évolution du processus au cours de ces cinq années. Il a fallu tout ce temps pour mettre au point la technologie. Les dossiers de santé électroniques aideront le personnel infirmer et les spécialistes de la santé à coordonner les soins de santé. Le fait qu'il n'y soit pas question des infirmières et infirmiers praticiens dans le modèle ne signifie pas qu'ils en sont exclus. Il faudra aussi inclure au modèle d'autres fournisseurs de soins. Comme je l'ai dit plus tôt, dans l'armée, j'ai travaillé avec des aides-médecins. Il y a beaucoup de fournisseurs de soins qui peuvent prêter main-forte aux médecins pour dispenser des soins aux patients. La technologie de l'information joue un rôle essentiel à cet égard.

Le sénateur Cook: Si nous pouvions dès maintenant faire des progrès du côté de la technologie de l'information, cela contribuerait-il à accélérer la réforme que nous souhaitons tous? Comment faudrait-il s'y prendre d'après vous pour réaliser ces progrès?

Dre Hutchison: Tous les médecins sont d'avis que la technologie de l'information peut contribuer à soutenir la prise de décision et à faire avancer la réforme de façon cohérente.

Le sénateur Cook: Étant donné que nous avons amorcé un virage ambulatoire, les soins à domicile seraient-ils un élément de cette réforme d'après vous?

Dre Hutchison: Ils en sont un élément essentiel. En tant que médecin de famille, j'ai moi-même vécu ces changements; j'ai vu beaucoup de patients quitter le milieu hospitalier pour recevoir des soins à domicile. Aussi la collectivité joue un rôle bien plus important qu'auparavant dans la prestation des soins médicaux. Elle occupe une place bien plus importante dans la prestation de soins médicaux et de soins de santé en général. Nous devons être en mesure d'assurer le continuum des soins.

Dr Halparin: Je ne veux pas laisser l'impression que les soins à domicile ne sont pas assurés à l'heure actuelle. Ils le sont. Ils font partie intégrante du système. Ils constituent un élément fondamental de la structure du produit dont je vous parle ici aujourd'hui. Le modèle existant ne prévoit toutefois pas d'incitation à cet égard, tandis que celui que nous proposons offre des incitatifs supplémentaires pour ce type de soins. Il comprend des incitatifs pour tous les fournisseurs de soins : hôpitaux, services de soins à domicile et établissements de soins de longue durée. Les incitatifs sont nombreux. C'est le continuum des soins que les médecins peuvent ainsi assurer à leurs patients et aux familles de leurs patients, surtout s'ils peuvent compter sur d'autres intervenants pour faire les visites à domicile à leur place, qui fait que le système que nous proposons sera avantageux d'après nous pour les patients.

Soit dit entre parenthèses, les avantages dont nous parlons dans le cas des médecins de famille valent aussi pour les infirmières et infirmiers praticiens et les autres intervenants qui font partie de l'équipe.

Je ne veux pas le répéter pour chaque avantage puisqu'il y a tellement de chevauchements. L'avantage le plus important pour les médecins de famille et les patients tient à la possibilité de coordonner les soins aux patients et à la dimension multidisciplinaire des soins.

Senator Cook: The component of home care — extended hospital care, if you like, in a home setting — is part of your model?

Dr. Halparin: There is an incentive in this model to provide that service. The sheet on the blended payment parameters will explain why there is not an incentive, and how it works.

Perhaps I can invite you to the Newfoundland Medical Association meeting on June 7. They have asked me to speak to them about the structure in this arrangement. I will go into significant detail about how the blended payment parameters actually work.

The Chairman: I take it you have just extended the invitation.

Dr. Halparin: I am reluctant to extend invitations on behalf of an association that has invited me.

Senator Cook: I have one final point. I was in Halifax last week, becoming a new grandmother. I want to commend the system. The baby came home 48 hours later. Her grandmother had forgotten what to do, but the public health nurse was on the doorstep, so I could see the continuum of care for maternity. I wonder about the other types of care, because specialized care was needed for all three people: mother, grandmother and child.

Senator Roche: I would like to direct a question to Dr. Barrett. Dr. Halparin might want to add some comments. When Mr. Chairman was questioning Dr. Barrett, he ended his comments, if I understood him correctly, by saying that doctors are uncomfortable and that they do want change. He made a point of saying that. I am getting a mixed message.

Dr. Barrett, you ended your brief by saying that you want to make a good system better, rather than seek fundamental reform, which was in harmony with Dr. Halparin's views of evolutionary change, not revolutionary change.

My first question may give you a chance to reconcile the two impressions that I got from you that are not in harmony. Does this medical system need radical change? Is it a question of putting more money in so you can do more things better? Dr. Halparin went to great lengths to tell us about the family health networks that are being developed. I am wondering whether we need more of the same and not real change. Is that what you are after?

Dr. Barrett: The answer is that we do want real change. We want things to be better for our patients; we want things to be better for us. I think Canadians have lost confidence in their health care system, and that is one of the reasons we are glad you are doing what you are doing.

Le sénateur Cook: Les soins à domicile — qui sont en fait des soins hospitaliers de longue durée dispensés à domicile — font partie de votre modèle?

Dr Halparin: Le modèle prévoit effectivement une incitation en ce sens. La feuille sur les paramètres des paiements uniformisés explique qu'il n'y a pas de formule incitative à l'heure actuelle et comment pareille formule pourrait fonctionner.

Je peux peut-être vous inviter à la rencontre que tiendra la Newfoundland Medical Association le 7 juin. L'association m'a invité à venir expliquer la structure que nous proposons. J'y expliquerai de façon très détaillée le fonctionnement des paramètres des paiements uniformisés.

Le président: Si j'ai bien compris, vous venez de nous transmettre une invitation.

Dr Halparin: J'hésite à faire des invitations au nom d'une association dont je serai moi-même l'invité.

Le sénateur Cook: J'ai un dernier point. J'étais à Halifax la semaine dernière pour la naissance de mon petit-enfant. Le système a fonctionné à merveille. Le bébé est arrivé à la maison 48 heures après sa naissance. Sa grand-mère avait oublié ce qu'il fallait faire, mais l'infirmière en santé publique s'est présentée et j'ai pu constater que le continuum des soins existe dans les cas de maternité. Je me demande ce qu'il en est des autres types de soins, car des soins spécialisés devaient être assurés aux trois personnes en cause, la mère, la grand-mère et l'enfant.

Le sénateur Roche: J'ai une question pour le Dr Barrett. Le Dr Halparin voudra peut-être y répondre lui aussi. En réponse aux questions du président, le Dr Barrett a conclu, si je l'ai bien compris, en disant que les médecins sont mal à l'aise et qu'ils souhaitent des changements. Il a insisté là-dessus. Il me semble que je reçois des messages contradictoires.

Docteur Barrett, vous avez conclu votre exposé en disant que le système n'a pas besoin d'être réformé en profondeur mais simplement d'être amélioré, ce qui concorde avec ce que dit le Dr Halparin pour qui il faut un changement, non pas révolutionnaire, mais évolutionnaire.

Ma première question vous permettra peut-être de réconcilier les deux conclusions qui m'ont paru quelque peu contradictoires. Notre système médical a-t-il besoin de changements radicaux? S'agit-il d'y mettre plus d'argent pour pouvoir mieux faire plus de choses? Le Dr Halparin nous a longuement parlé des réseaux de santé familiale qui sont en voie d'être établis. Je me demande si ce qu'il nous faut, c'est un véritable changement ou simplement une amélioration de ce que nous avons déjà. Est-ce là ce que vous recherchez?

Dr Barrett: En réponse à votre question, je vous dirai que nous voulons un véritable changement. Nous voulons améliorer le système pour nos patients; nous voulons l'améliorer pour nous aussi. Les Canadiens ont perdu confiance dans leur système de soins de santé, et c'est une des raisons pour lesquelles nous sommes heureux que vous ayez entrepris votre étude.

We do not want what we saw in the early 1990s. It was a bit like — and we have used this analogy before — the banks getting rid of the tellers before putting ATMs in place. Bankers could have told them the results of that.

In our health care system, we were excluded in the early 1990s from the reform process. As a result, we saw such things as the cutbacks in medical school enrolment, where we could have predicted what would happen and why we have some of the problems we now have.

We are looking at reform. We simply want to be involved. As I said before, it is not that we need to make the decision. We will give you our ideas; you ultimately will have to make the decision on behalf of all Canadians. We would like to be at the table where those things are considered, just to have the input.

Senator Roche: The use of the phrase, "Canadians have lost confidence in the health care system," troubles me, because that is not what I see, nor do I think there is evidence to support it. I think Canadians have lost confidence in government underfunding of the health care system, which has precipitated numerous crises, some of which have been referred to this afternoon.

In seeking this change — and it is not clear to me the parameters of the change — can we hold to the values of the Canadian Health Act? Are the values and the five principles that underscore the Canada Health Act still valid in their entirety? What are you saying to us with respect to how we are to go forward? Do we have to wrench from what has brought us this far, or just put more money into it to make it better?

Dr. Barrett: First, I think there should be a federal reinvestment. The federal government, to a certain extent, pulled out. Second, I do not think it is a question of putting more money in, to do the things in the way we have done them before. That will not be enough with an aging population and new technology. Therefore, we must think about doing things differently. Yes, I think the Canada Health Act should be looked at, and whatever health care system we move to has to be consistent with the values that Canadians hold, and I think the big one is universality; that we are all in the same boat together in this country.

Senator Roche: When you say the Canada Health Act should be looked at, do you mean in the sense of opening it up or just reviewing it? There is debate, as you well understand, about not opening it up lest it precipitate an unproductive debate. What is wrong with the Canada Health Act as it is that will not allow us to

Nous ne voulons pas d'un processus comme celui que nous avons connu au début des années 90. La démarche ressemblait un peu — et nous avons déjà utilisé cette analogie — à celle qu'ont suivie les banques en se débarrassant des caissières avant d'avoir mis en place les guichets automatiques. Les banquiers auraient pu les alerter aux conséquences qui en découleraient.

C'est un peu ce qui nous est arrivé au début des années 90 quand nous avons été exclus du processus de réforme de notre système de soins de santé. C'est ainsi qu'on a réduit le nombre d'inscriptions dans les écoles de médecine, et nous connaissons les problèmes qui en découlent maintenant et que nous aurions pu prévoir.

Nous voulons simplement pouvoir participer au processus de réforme. Comme je l'ai déjà dit, nous n'avons pas besoin de prendre la décision. Nous allons vous donner nos idées, mais c'est vous qui devrez, au bout du compte, prendre la décision au nom de tous les Canadiens. Nous aimerions participer aux discussions, avoir notre mot à dire.

Le sénateur Roche: Cela me dérange que vous disiez «les Canadiens ont perdu confiance dans le système des soins de santé», car ce n'est pas ce que je constate et j'estime qu'il n'y a pas de preuve à l'appui de cette affirmation. Je crois pour ma part que les Canadiens ont perdu confiance dans le sous-financement par le gouvernement du système des soins de santé, qui a engendré un certain nombre de crises, dont certaines qui ont été évoquées ici cet après-midi.

Dans la recherche de ce changement — et je ne sais pas exactement quels seraient les paramètres de ce changement —, pouvons-nous maintenir les valeurs de la Loi canadienne sur la santé? Les valeurs et les cinq principes qui sous-tendent cette loi sont-ils toujours tous aussi valables? Que devons-nous conclure de vos propos quant à la voie que nous devons suivre? Devons-nous faire table rase, ou faut-il simplement investir plus d'argent dans le système pour l'améliorer?

Dr Barrett: Premièrement, le gouvernement fédéral devrait réinvestir dans le système. Il s'en est retiré dans une certaine mesure. Deuxièmement, je ne pense pas que ce qu'il faut, c'est d'investir plus d'argent et de continuer à faire comme nous faisions auparavant. Cela ne sera pas suffisant dans le nouveau contexte du vieillissement de la population et des progrès technologiques. Il faut donc réfléchir à la façon de faire les choses différemment. Oui, j'estime qu'il faut revoir la Loi canadienne sur la santé et que le système de soins de santé pour lequel nous opterons finalement devra se conformer aux valeurs qui tiennent à coeur aux Canadiens, la plus importante étant à mon avis l'universalité, et l'idée que nous sommes tous dans le même bateau au Canada.

Le sénateur Roche: Quand vous dites qu'il faut revoir la Loi canadienne sur la santé, faut-il d'après vous la rouvrir ou simplement la réviser? Comme vous le savez bien, certains soutiennent qu'il ne faut pas la rouvrir de peur nous engager dans un débat stérile. En quoi l'actuelle Loi canadienne sur la

extend its services to meet the needs of the aging population, to make use of new technologies and all the rest of it?

Dr. Barrett: One of the problems with the Canada Health Act as it has been applied — not necessarily what it says — is that it is speaking to a smaller and smaller percentage of the overall expenditure in health care in Canada. As a result, increasingly, things like pharmacare, for instance, or what we spend on drugs, have surpassed the cost of physician services. Yet that really is not falling under the prerogative of the Canada Health Act as it has been interpreted. It has basically been physician and hospital services, which now is less than 50 per cent of what Canadians spend on health care.

When I say looking at it, I do not necessarily mean opening it up. It will be for judicial and federal-provincial experts to look at whether we can accomplish what needs to be accomplished without opening it up. However, I think it definitely must be looked at.

Dr. Sky: You have raised the level of the debate here, because we are no longer just talking about primary health care reform, which is just a part of the whole issue of change that needs to happen to health care. We are now talking about the Canada Health Act as if it were totally encompassing. It is an act that was devised essentially almost 50 years ago. It does not encompass ideas like sustainability or quality. There are no guarantees about access. Patients are falling through the cracks right now. In Ontario, we have been calling for this debate to proceed for the last four years now. We are happy it has finally reached this stage where Canadians are involved. The problem has been that, for many years, the public has been shut out of the debate. It has just been between the providers and the payers that this discussion is carried on, and it really does need to be an open debate.

Dr. Halparin: You have touched on several topics. One was about the notion of change. We all have our favourite quotes. When physicians ask about change, I often use one of my favourite quotes: "You do not have to change. Survival is not mandatory." However, If they want to survive in this everchanging world, they must change with it.

Second, it is important again with respect to delivery of primary care, because the physicians — and, I am sure, the other health care professionals — have modernized the way in which we practice. It is not like the system they had in East and West Germany, where one side produced the Trabant and the other side produced the Mercedes. We have a much closer system here. We need to upgrade from Pentium 2 to 3, or from 3 to 4. That is the kind of change we are advocating.

santé ne nous permettrait-elle pas d'étendre les services pour répondre aux besoins de notre population vieillissante, de profiter de ce que les nouvelles technologies ont à nous offrir et tout le reste?

Dr Barrett: Ce n'est pas tellement le libellé comme tel de la Loi canadienne sur la santé qui fait problème, mais plutôt son application, en ce sens qu'elle vise un pourcentage de moins en moins élevé du total des dépenses en soins de santé au Canada. Ainsi, les montants consacrés, par exemple, à l'assurance-médicaments dépasse de plus en plus les montants affectés aux soins assurés par les médecins. Cette composante du système n'est toutefois pas vraiment assujettie à la Loi canadienne sur la santé telle qu'elle est interprétée. D'après l'interprétation qu'on en fait, cette loi s'applique essentiellement aux services assurés par les médecins et les hôpitaux, qui représentent moins de la moitié de ce que les Canadiens dépensent en fait de soins de santé de nos jours.

Revoir la loi, ce n'est pas nécessairement la rouvrir. Ce sera aux juristes et aux spécialistes au niveau fédéral et provincial de déterminer si nous pouvons faire ce qui doit être fait sans rouvrir la loi. Je suis toutefois persuadé qu'il faut la revoir.

Dr Sky: Vous avez élargi le débat, puisqu'il ne s'agit plus uniquement de réformer les soins de santé primaires, qui ne sont qu'une composante de la réforme des soins de santé qui doit se faire. Nous sommes maintenant en train de parler de la Loi canadienne sur la santé dans son ensemble. L'essentiel de cette loi a été conçu il y a près de 50 ans. Il n'y est pas question de durabilité ni de qualité. On n'y trouve aucune garantie d'accès. Nous avons des patients qui, à l'heure actuelle, passent à travers les mailles du filet. Il y a maintenant quatre ans que nous demandons en Ontario que ce dossier soit débattu. Nous sommes heureux de constater qu'on en est finalement arrivé au stade où les Canadiens peuvent participer au débat. Le problème, c'est que, pendant bien des années, le public a été écarté de ce débat. Seuls les fournisseurs de soins et ceux qui les finançaient participaient à la discussion, et la question doit en fait faire l'objet d'un large débat.

Dr Halparin: Vous avez soulevé plusieurs points. Vous avez notamment parlé de l'idée du changement. Nous avons tous nos citations préférées. Quand j'entends des médecins s'interroger sur le changement, je leur sers souvent une de mes citations préférées: «Vous n'avez pas besoin de changer. Vous n'avez pas besoin de survivre non plus.» Si toutefois ils veulent survivre dans ce monde en évolution constante, ils doivent s'adapter au changement qui les entoure.

Deuxièmement, le changement est important dans le contexte des soins primaires, car les médecins — et je suis sûr qu'il en va de même des autres professionnels de la santé — ont modernisé la façon dont ils exercent la médecine. Il ne s'agit toutefois pas de passer de la Trabant que produisait l'Allemagne de l'Est à la Mercedes que produisait l'Allemagne de l'Ouest. Les différences sont beaucoup moins importantes ici. Il faut passer d'un Pentium 2 à un Pentium 3 ou d'un Pentium 3 à un Pentium 4. Voilà le type de changement que nous préconisons.

In the meantime, we do not have to have every single physician or patient enter into a rostering process in order to create substantial change. As time goes by, people will enter into the process. We need to incorporate into the process the changes that have occurred so that we can codify them.

With respect to the Canada Health Act, I do not practice the same way in 2002 as I did in 1984. I think the same would apply to the Canada Health Act. Issues of quality, access and what "medical necessity" means have to be addressed. The Canadian people have to enter into that dialogue. You called for it yourself. You have said that Canadians are being forced to make changes. They will have to face the fact that they need to make choices. This aspect is extremely important. It would be very beneficial for this country, going forward, to have an act that is modernized and meets the needs of the patients and the health care providers in this country.

Senator Roche: Regarding primary care and multi-stakeholder teams that you said are a positive development, you cautioned us not to think of it in terms of cost savings but as a cost-effective way to meet the emerging, unmet needs of Canadians. Will we save money by using multi-stakeholder teams, or not have to spend money for new kinds of services? I ask this question in terms of the framework of these present hearings which, in the framework of volume 6, will be financial recommendations. How do you see the finances of primary care being a contribution to the financial debate that we are starting here?

Dr. Barrett: First and foremost, the idea of multi-stakeholder teams is not that we will be able to provide cheaper care. One concern we have had is that that is some people's interpretation of primary care reform. Multi-stakeholder groups are a great idea. Involving nurse practitioners is a great idea. There is no question that nurses, pharmacists and other health care providers are better educated than they ever were before. The knowledge base in health care is expanding at an exponential rate. If we are to provide care for all of these patients right now, with a reduced work force in many cases, we will have to go that way. That is the quickest and easiest way to solve the problem to a degree.

It will cost more. As we do more things and we involve more people, the biggest cost in health care is the health human resources element to it. As you involve more people who can do more, it will cost more. That is a good thing. In the end, our goal should be the health of Canadians. If that is our goal, I believe that that is the way in which we can achieve that goal much better than we ever have before. We should look at it economically, as

Dans l'intervalle, il n'est pas nécessaire que tous les médecins et tous les patients y souscrivent pour en arriver à effectuer des changements de fond. Cela se fera graduellement. Il faut incorporer au processus les changements qui ont déjà été apportés afin que nous puissions les codifier.

En ce qui concerne la Loi canadienne sur la santé, je n'exerce pas la médecine en 2002 comme je le faisais en 1984. Les mêmes différences devraient se refléter dans la Loi canadienne sur la santé. Il faut examiner des questions comme la qualité, l'accès et ce que l'on entend par «médicalement nécessaire». Les Canadiens doivent participer à ce dialogue. Vous les avez vous-mêmes encouragés à y participer. Vous avez dit qu'ils n'auront d'autre choix que de s'adapter aux changements. Ils devront se résoudre à faire des choix. Cet aspect-là est extrêmement important. Il serait extrêmement utile que dans ce nouveau contexte, nous puissions compter sur une loi modernisée qui réponde aux besoins des patients et des fournisseurs de soins de santé du Canada.

Le sénateur Roche: Vous nous avez dit que les soins primaires assurés par des équipes multidisciplinaires constituent un progrès, mais vous nous avez mis en garde contre l'idée d'y voir une source d'économies, nous incitant plutôt à considérer qu'il s'agit d'un moyen efficient de répondre aux nouveaux besoins non encore comblés des Canadiens. Le recours à ces équipes multidisciplinaires nous permettra-t-il d'économiser de l'argent ou d'éviter de dépenser de l'argent pour de nouveaux types de services? Si je pose la question, c'est que, d'après le plan de travail que nous nous sommes fixé pour nos audiences, le volume 6 devrait contenir des recommandations d'ordre financier. Dans quel sens les aspects économiques des soins primaires interviendront-ils dans le débat sur les considérations financières que nous venons d'entreprendre?

Dr Barrett: Il convient de préciser d'entrée de jeu que l'idée de ces équipes multidisciplinaires n'est pas de faire baisser le coût des soins. Nous sommes notamment préoccupés par l'idée que certains pourront l'interpréter ainsi. Les équipes multidisciplinaires sont une idée formidable. C'est une idée formidable que de faire appel à des infirmières praticiennes. Il ne fait aucun doute que les infirmières, les pharmaciens et les autres professionnels de la santé sont mieux instruits qu'ils ne l'ont jamais été auparavant. Le corpus de connaissances en matière de soins de santé s'accroît de façon exponentielle. Nous n'aurons d'autre choix que de nous tourner vers cette solution pour pouvoir continuer à assurer aux patients les soins dont ils ont besoin avec bien souvent un effectif réduit. C'est la façon la plus rapide et la plus facile de résoudre le problème jusqu'à un certain point.

Cela coûtera plus cher. À mesure que nous multiplions les choses que nous faisons et que nous faisons intervenir davantage de gens dans le processus, ce qui coûte de plus en plus cher dans le système de santé, c'est le volet des ressources humaines. On engage davantage de gens qui peuvent faire davantage, mais cela coûte également plus cher. Et cela est excellent. Au bout du compte, notre objectif doit demeurer la santé des Canadiens. Et si

an investment in the health of Canadians as opposed to a consumer good, if you would.

Dr. Halparin: In the context of Ontario, we certainly had much discussion about this point. We believe there are potential substantial cost savings as a result of good primary care reform, if it works in the way we envisage it, in two main areas. One is the decreasing cost of avoiding duplication of testing. Laboratory and diagnostic imaging testing is exceedingly expensive. There is a tremendous amount of duplication, for a wide variety of reasons that we do not need to get into. With an integrated program of the team, we think there will be substantially decreased costs in avoiding duplication.

The second one is the big one, and it is what Dr. Barrett is saying. If it works, we will decrease the complications of chronic decease. There is no question that the end stage of disease is incredibly expensive. Every time you delay or avoid the requirement of dialysis for someone, for a common example, you save the system dramatic amounts of money. The question is when will you see those savings? That is always the issue we get into when we are in a political debate. If someone must invest \$100 million today, he or she wants to know what other budget the \$100 million will come from. That is a debate that the politicians need to have with the public.

With respect to this process, I truly believe there are tremendous potential cost savings, but the savings are not in the health human resources. It is an investment in health human resources that will produce these potential savings. Frankly, even the amount of dollars that is being invested in Ontario is not a particularly expensive investment in relation to the potential savings they plan on accruing from this process.

Senator Morin: We have been talking about primary care réform. What do you see as the federal role in promoting primary care reform?

Dr. Barrett: The federal role can come in a number of ways. First and foremost, there must be a federal reinvestment in health care in this country. They have pulled out from what they had funded in earlier days. We need to see that reinvestment. In order for that to happen, there will have to be some way whereby they feel that they are contributing, and getting acknowledgement for that contribution.

Secondly, that federal investment can take place partly in the area of IT that we have heard about here. The health care system is an information-rich system. Yet, industry-wide, we have

c'est effectivement cela notre objectif, je crois que c'est en procédant de cette façon que nous pouvons l'atteindre plus facilement qu'auparavant. Il faut voir les choses sous l'angle économique, et considérer cela comme un investissement dans la santé publique plutôt que comme un produit de consommation si vous préférez.

Dr Halparin: Dans le cas de l'Ontario, nous en avons certes beaucoup discuté. Nous pensons qu'il y aurait des économies appréciables à faire en réformant le système des soins primaires. Et en le faisant bien, selon la façon dont nous voyons les choses, dans deux domaines principaux. D'abord en évitant les tests et les analyses inutiles, on pourrait réduire les coûts. Les analyses effectuées en laboratoire et les tests diagnostiques par imagerie sont prohibitifs. Par contre, il y a aussi énormément de tests et d'analyses qui sont effectués inutilement à plusieurs reprises, et cela pour toute une série de raisons sur lesquelles il n'est pas nécessaire de s'étendre. En adoptant la formule de l'équipe intégrée, nous pensons pouvoir réaliser des économies notables en évitant les tests et analyses inutiles.

Le second volet est le plus important, et c'est celui dont parlait précisément le Dr Barrett. Si les choses marchent, nous allons pouvoir parvenir à réduire les complications dues aux états chroniques. Il est incontestable qu'en phase terminale, toutes les maladies sont extrêmement coûteuses. Chaque fois qu'on parvient à retarder ou à éviter une dialyse, par exemple, on fait économiser énormément d'argent au système. Mais la question qui se pose, c'est quand au juste on peut voir ces économies apparaître. C'est toujours le problème qui nous interpelle au niveau du débat politique. Si quelqu'un doit investir 100 millions de dollars, ce quelqu'un veut savoir de quel budget viendront ces 100 millions de dollars. Cela, c'est le genre de débat que les politiciens doivent avoir avec le grand public.

Pour revenir au processus, j'ai l'intime conviction qu'il y aurait d'énormes économies à faire, mais pas au niveau des ressources humaines en santé. C'est au contraire en investissant dans les ressources humaines en santé qu'on parviendra à réaliser ces économies. Soyons francs, malgré tout ce qui est investi en Ontario, ce n'est pas vraiment un investissement très coûteux compte tenu des économies que le gouvernement entend réaliser grâce à cet investissement.

Le sénateur Morin: Nous avons déjà parlé de la réforme du système des soins primaires. À votre avis, que devrait faire le palier fédéral pour favoriser cette réforme?

Dr Barrett: Le gouvernement fédéral pourrait intervenir sur plusieurs plans. D'abord et avant tout, il faut qu'il réinvestisse dans le domaine de la santé au niveau national. Le gouvernement fédéral ne finance plus ce qu'il finançait jadis. Il faut donc qu'il réinvestisse. Et pour qu'il réinvestisse, il faut que le gouvernement fédéral ait le sentiment qu'il contribue effectivement au système et que cela se sache.

En second lieu, le gouvernement fédéral pourrait investir notamment dans les technologies de l'information dont nous avons entendu parler. Le système de santé offre une abondance fallen way behind other industries in terms of our investment in information technology. Industry in general is up in the 6 to 7 per centile. We are way below that.

We did see federal reinvestment in the September 2000 First Ministers Agreement, but it was nowhere near the \$4 billion to four and a half billion dollars that would be necessary to bring us up to industry standards. That is one area right off the bat where the feds could be involved.

Then, with respect to pilot projects and funding those initiatives across the country, as I have said earlier I do not think one size fits all. The primary health care you will deliver to an Aboriginal population in northern Saskatchewan will be very different from what you would deliver in Rosedale in downtown Toronto. The needs are different. Even the personnel would be different in terms of meeting those needs. There is a role for the federal government there.

Senator Morin: This is important. We can write that we are in favour of primary care reform. You are saying increase in general the funding and support of information technology, and give more funding to the transition fund, which is really the primary care pilot projects. These primary care pilot projects have been in existence now for many years. You are saying there should be more transition funding?

Dr. Barrett: That is right. I can give a whole lot more examples.

Senator Morin: It is very important.

Dr. Barrett: Another area where there is a precedent is the crumbling infrastructure right across this country. We see it in our universities.

Senator Morin: We are talking about primary care?

Dr. Barrett: Even in primary care, to deal with the health human resources problem, our academic centres will have to train more physicians and more nurses. We have seen approval across the country for that to happen. Yet during that same period, our universities are crumbling. The infrastructure is not there. They cannot handle the new numbers, and we have had precedent for a federal investment in academic centres across this country. It is time again for a one-time federal catch-up investment.

Dr. Sky: I could tell you what not to do, and that is what the federal government did in primary care reform in British Columbia. They set aside \$50 million for primary care reform to fund the nurse practitioners for three years. When the funding ran out it was not renewed, and the physicians in the pilot projects found they had no way to sustain the project any further and keep the nurse practitioners in their practices. One of the things we

d'informations. Pourtant, au niveau de l'industrie, nous avons pris du retard par rapport à d'autres secteurs pour ce qui est de ce que nous investissons dans les technologies de l'information. La moyenne industrielle a atteint les 6 à 7 p. 100, mais nous sommes bien loin du compte.

Certes, l'accord signé par les premiers ministres en septembre 2000 était assorti d'un certain réinvestissement de la part du gouvernement fédéral, mais nous sommes bien loin des quatre ou 4,5 milliards de dollars qu'il nous faudra pour nous mettre à niveau. Voilà donc pour le gouvernement fédéral un secteur d'intervention possible qui vient immédiatement à l'esprit.

Ensuite, pour ce qui est des projets pilotes et du financement des initiatives de ce genre à l'échelle nationale, je ne pense pas comme je vous l'ai d'ailleurs déjà dit qu'il y ait une formule universelle. Les soins de santé primaires destinés aux Autochtones du nord de la Saskatchewan ne ressemblent pas du tout à ceux qu'il faut offrir aux gens de Rosedale, dans le centre de Toronto. Les besoins sont différents. Comme les besoins sont différents, le personnel soignant doit être différent. Il y a donc là un rôle pour le gouvernement fédéral.

Le sénateur Morin: Voilà qui est important. Nous pouvons dire que nous sommes en faveur d'une réforme des soins primaires. Vous nous dites de relever de façon générale le niveau de financement des technologies de l'information et d'enrichir le fonds de transition, celui qui sert principalement à financer les projets pilotes en matière de santé. Ces projets pilotes ont commencé déjà il y a plusieurs années. Vous nous dites donc qu'il faut augmenter le financement de transition, n'est-ce pas?

Dr Barrett: C'est cela. Et je pourrais vous donner bien d'autres exemples.

Le sénateur Morin: Cela est extrêmement important.

Dr Barrett: Un autre élément qui fait précédent, c'est l'état lamentable des infrastructures partout au Canada. Les universités en sont un bon exemple.

Le sénateur Morin: Mais nous parlons ici des soins primaires, n'est-ce pas?

Dr Barrett: Même là, ne serait-ce que pour apporter une solution au problème des ressources humaines en santé, il va falloir que les établissements d'enseignement forment davantage de médecins et d'infirmières. Nous l'avons vu, tout le pays réclame cela et pourtant, nos universités tombent en ruine. L'infrastructure ne suit pas. Les universités ne peuvent répondre à la demande, or le gouvernement fédéral a établi un précédent en investissant dans les universités. Ici aussi, il faudrait que le fédéral offre un investissement forfaitaire pour que le rattrapage se fasse.

Dr Sky: Je pourrais vous dire ce qu'il ne faut pas faire, et c'est précisément ce que le gouvernement fédéral a fait dans le cadre de la réforme des soins primaires en Colombie-Britannique. On avait mis de côté dans ce but 50 millions de dollars pour financer pendant trois ans le programme des infirmières praticiennes. Lorsque ce financement a été épuisé, il n'a jamais été reconduit de sorte que les médecins qui participaient aux projets pilotes ont dû

should consider is making funding predictable and long-term so that people can make plans.

Senator Morin: This is different from what Dr. Barrett said. He thinks we should have more pilot projects. That is okay.

Dr. Halparin: With respect to what you say in your own documentation about the federal government's role in research, exactly the same thing applies to primary care reform. In fact, it seemed to me you could say the same thing about the role of the physicians inside the family health networks that we are applying: Facilitator, catalyst, performer, consensus builder and coordinator. That is an important federal role for this process.

Dr. Hutchison: In addition to that, there should be a federal role in developing national standards for information technology and coordinating the successful health transition outcomes, the pilot projects, if they are successful in coordinating the introduction of those successful strategies in other jurisdictions. Developing national standards for IT is imperative.

Senator Morin: If I can follow up on that? What do you mean by standards for information technology? Are you talking about hardware?

Dr. Sky: We start with the protocols, the source codes of the pipeline that the information flows through. We had, in past years in Ontario, 20-odd different software programs run by the ministry of health, none of which could coordinate with each other or talk with each other, so the information was not being transferred back and forth. We need a standard so we can move the information from one place to another.

Senator Morin: Is it the compatibility of information?

Dr. Sky: That is the bulk of it.

Senator Morin: I would like to come back to the patient for a minute. When we were talking about primary care reform, we think of capitation, and we are talking about rostering. If we talk about rostering, gatekeeping comes into the picture, and there is a loss of freedom of choice for the patient. There is no doubt about that. We are working in the North American context, not in Britain. In the cities, and it may be different in rural areas, people like to have their own physician and gynaecologist. There is much more mobility between providers here in North America than there is in Europe. It is a fact.

If we move as quickly as the chair recommends, and in two weeks time everyone is rostered, they lose freedom of choice. They can no longer see their gynaecologists every year and have their kids seen by a paediatrician. How will the Canadian public react to that?

se rendre à l'évidence qu'il n'était plus possible de continuer et qu'ils ne pouvaient plus garder ces infirmières praticiennes dans leur service. Ce qu'il faudrait envisager, ce sont des financements prévisibles à long terme qui permettraient d'établir des plans.

Le sénateur Morin: Ce n'est pas tout à fait ce que disait le Dr Barrett puisqu'il préconisait une multiplication des projets pilotes. Très bien.

Dr Halparin: Pour revenir à ce que vous dites dans vos propres documents au sujet du rôle à jouer par le gouvernement fédéral en matière de recherche, il en va exactement de même pour la réforme des soins primaires. D'ailleurs, il m'avait semblé qu'on pourrait dire la même chose du rôle des médecins dans le cadre des réseaux de santé familiale, un rôle de facilitateur, de catalyseur, d'exécutant, de coordonnateur et d'unificateur. Voilà un rôle important à jouer par le gouvernement fédéral dans ce processus.

Dre Hutchison: Par ailleurs, le gouvernement fédéral devrait également jouer un rôle dans l'élaboration de normes nationales pour la technologie de l'information et la coordination des résultantes des initiatives de transition en santé, les projets pilotes, si on parvient à coordonner l'introduction de ces stratégies qui ont fait leurs preuves à d'autres paliers. Quoi qu'il en soit, il est impératif d'élaborer des normes nationales pour la technologie de l'information.

Le sénateur Morin: Me permettrez-vous de poursuivre dans la même veine? Qu'entendez-vous au juste par ces normes pour la technologie de l'information? S'agit-il du matériel?

Dr Sky: Nous commençons par les protocoles, les codes sources du conduit par lequel transite l'information. Ces dernières années, le ministère ontarien de la Santé utilisait une vingtaine de logiciels différents qui ne pouvaient pas communiquer entre eux, de sorte que tout transfert d'information était impossible. Il faut donc une norme qui facilite le transit de l'information.

Le sénateur Morin: En d'autres termes, il faut que l'information soit compatible, n'est-ce pas?

Dr Sky: Essentiellement, oui.

Le sénateur Morin: Je voudrais revenir quelques instants au cas du patient. Lorsque nous parlons de réforme du système des soins primaires, nous pensons bien entendu à la capitation et à l'inscription des clients. Dans ce dernier cas, on pense immédiatement au tourniquet, avec la diminution correspondante de la liberté de choix pour le patient. Cela, c'est incontestable. Mais nous travaillons dans un contexte nordaméricain plutôt que britannique. En ville, et les choses sont peutêtre différentes à la campagne, les gens préfèrent pouvoir choisir leur médecin ou leur gynécologue. La mobilité des praticiens est beaucoup plus grande en Amérique du Nord qu'en Europe. C'est la réalité.

Si nous progressons aussi rapidement que le recommande le président, et si dans deux semaines tous les patients sont inscrits, et bien ils auront perdu leur liberté de choix. Ils ne pourront plus chaque année aller voir leur gynécologue ou envoyer leurs enfants voir le pédiatre. Comment la population va-t-elle réagir à cela?

Dr. Halparin: First of all, I would suggest that the Canadian public, unlike the American public, tends to utilize their family doctors, their primary source. The notion of multiple providers is not nearly as common here. This is the reason why you cannot make it mandatory for physicians. By doing that, by extension you will make it mandatory for patients. I do not think that is possible. There are reasons why patients may not want to roster. This is about choice. It is a choice for doctors and patients.

We will find out whether or not the patients prefer this style. Personally, I believe it is in their interest to participate in this process. What we discovered in our analysis was that approximately 80 per cent of the core services were provided by their family doctor and 20 per cent by others. We would like to see that 20 per cent drop to zero with the use of this team approach. That will be a substantial step forward in overall quality care. We think the patients will like that. They will like the extra hours, the integrated telephone answering service and many other things about this model that make it very attractive for them to belong.

Senator Morin: My final question is to Dr. Sky about the patient electronic health record. Do you need the patient's consent to have their information on now? I do not know if you have been following the debate in Quebec, where they have the "smart card." It has been an interesting debate. There are an amazing number of patients who do not want their information on that card. In certain cities, nearly one-third of patients did not want it on their card. It is a fear of the unknown more than anything else. The fact remains that, in spite of all the explanations given, they still do not want to have electronic information. They have the impression that everyone will use it. What do you do when a patient does not consent?

Dr. Sky: That fear is not totally unwarranted. It is something we need to address. That is why I have called for some form of legislation to protect that information, so that it is not datamined by commercial interests, for instance. Right now, we see where companies are taking prescription information on physicians and using that to tailor their sales approach to physicians. We do not want that to be extended to patient information. There are good reasons for that safety factor.

As to the use of the smart card, I was at a meeting of the Quebec Medical Association, the QMA, a few weeks ago and mentioned to them that our experience in Ontario is that the smart card is a dumb card. It is dumb for a lot of reasons. First of all, it is fragile. You could lose it, and it may not come with you. If you have it on an insecure piece of plastic, there is nothing that

Dr Halparin: Pour commencer, je vous dirais que les Canadiens, contrairement aux Américains, ont plutôt tendance à consulter leur médecin de famille, c'est-à-dire le premier maillon de la chaîne des services de santé. La notion de fournisseurs multiples n'est pas aussi répandue ici qu'aux États-Unis et c'est la raison pour laquelle on ne peut pas imposer cela aux médecins. Mais en imposant la chose, cela deviendra ipso facto obligatoire pour les patients aussi et je ne pense pas que cela soit possible. Si les patients ne veulent pas d'un système d'inscription obligatoire, c'est pour plusieurs raisons. C'est une question de choix. Il s'agit d'un choix à la fois pour les médecins et pour les patients.

Nous allons bien voir si les patients préfèrent cette formule. Personnellement, je pense qu'ils ont intérêt à participer au processus. Ce que nous avons constaté dans notre analyse, c'est que 80 p. 100 environ des services de base étaient assurés par un médecin de famille et 20 p. 100, d'autres fournisseurs de soins de santé. Nous aimerions que ces 20 p. 100 passent à zéro grâce à la formule de l'équipe intégrée. Ce sera un gros progrès au niveau de la qualité d'ensemble des soins de santé. Nous pensons également que les patients apprécieront la chose. Ils apprécieront les heures de consultation prolongées, le service de réponse téléphonique intégré et bien d'autres fonctions qui font partie de ce modèle et qui les convaincront de l'intérêt qu'ils ont à l'adopter.

Le sénateur Morin: Pour terminer, je voudrais poser une dernière question au Dr Sky au sujet des dossiers médicaux électroniques. À l'heure actuelle, le patient doit-il donner son consentement? Je ne sais pas si vous avez suivi le débat qui a eu lieu au Québec au sujet de la carte à puce. Il a été fort intéressant. Un nombre surprenant de patients ne veulent pas que des renseignements médicaux à leur sujet soient enregistrés sur la puce de leur carte. Dans certaines villes, près d'un tiers des patients ne voulaient pas de cette carte, et c'est probablement plus à cause de la peur de l'inconnu que quoi que ce soit d'autre. Il n'en demeure pas moins qu'en dépit de toutes les explications, l'information électronique, ils n'en veulent toujours pas. Ils ont le sentiment que tout le monde va pouvoir utiliser ces renseignements les concernant. Alors que faire si le patient ne donne pas son consentement?

Dr Sky: Ce n'est pas une crainte qui est totalement injustifiée et c'est effectivement quelque chose que nous devons creuser davantage. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle j'ai demandé à ce qu'il y ait une loi qui protège les renseignements médicaux personnels de manière à ce que ces renseignements ne puissent pas être pillés par des intérêts commerciaux par exemple. À l'heure actuelle, nous savons qu'il y a des compagnies qui utilisent les renseignements figurant sur les ordonnances pour élaborer des tactiques de vente à l'endroit des médecins. Nous ne voulons pas que la même chose arrive dans le cas des renseignements médicaux personnels. Je pense que ce facteur de sécurité est parfaitement justifié.

Pour ce qui est de la carte à puce, j'ai assisté à une réunion de l'Association médicale du Québec, l'AMQ, qui a eu lieu il y a quelques semaines, et j'ai signalé à cette occasion qu'en Ontario, nous avions tiré la conclusion que cette carte prétendument intelligente est en fait extrêmement stupide. Elle est stupide pour tout un tas de raisons. D'abord, elle est fragile. On peut la perdre,

prevents somebody else from reading that card. We have to be very sure that whatever system we have is extremely secure. To do that, we have had to invest a lot of money in the encryption of the information and in the certification of the users. That is a very difficult and time-consuming process.

Senator Keon: First of all, I want to apologize to the panel for being late.

I want to pursue the concept of privately delivered health care in a publicly funded system in the context of primary care. In other words, the government pays for the care, but a private enterprise delivers it. Even though I have not heard your testimony, I have been following the developments at OMA with a great deal of interest, and I must commend you on what you are accomplishing in information technology as it relates to primary care, and so forth.

We have this conundrum where we, for some reason, have not been able to do as well as Britain, Sweden and other countries in getting this primary care piece organized. It seems to me we will not get the necessary resources and buy-in if it comes down from government, whether there is a specially funded program with federal transfers to the provinces or whatever. It will probably end up being a combination of all of the above.

What would you feel about government incentives to have organizations like the OMA, local physician groups and other primary caregivers get organized, let private enterprise provide their clinics and networks, let them run them efficiently but, of course, for the patient they would be covered in the same way as if they were going to a government-owned clinic, and not all that different from what the doctors' offices once were?

Some of these problems were solved in the past with the socalled doctors' buildings, with the offices upstairs and the labs downstairs. They functioned very well. That would never have happened if we had been waiting for government funding, but somehow, serendipity provided them.

I would like to hear you ponder this aspect. The chairman and I have been taking a bit of heat here in the city because a newspaper headline misrepresented this committee and suggested that we are advocating private health care. What we were talking about, however, was privately delivered public health care. I feel there is tremendous opportunity in the primary care sector to bring groups together and have little enterprises going here and there.

Dr. Hutchison: There is merit in all options if there is adequate funding. Probably the biggest concern physicians have is being put in the position similar to HMOs, where there is a disincentive

et vous ne l'avez pas nécessairement toujours sur vous. Lorsqu'on met ce genre de renseignements sur un petit bout de plastique somme toute assez vulnérable, rien n'empêcherait quelqu'un d'autre de lire cette carte. Nous devons donc avoir l'assurance que quel que soit le système utilisé, il soit parfaitement sécuritaire. Et pour cela, il va falloir investir énormément au niveau de l'encodage de l'information et au niveau de l'accréditation des utilisateurs de ces cartes. C'est un processus qui est extrêmement complexe et qui prendra énormément de temps.

Le sénateur Keon: Excusez-moi tout d'abord pour mon arrivée tardive.

Je voudrais à mon tour dire quelques mots, toujours dans le contexte des soins primaires, des soins privés offerts dans un système financé par l'État. En d'autres termes, un système dans lequel le gouvernement paie les soins mais où ces soins sont assurés par l'entreprise privée. Même si je n'ai pas entendu votre témoignage, j'ai suivi avec beaucoup d'attention ce qu'a fait l'OMA, et je dois vous féliciter pour ce que vous avez fait dans le domaine de la technologie de l'information applicable aux soins primaires, et cetera.

Pour des raisons énigmatiques, nous n'avons pas réussi aussi bien que le Royaume-Uni, la Suède et d'autres pays à organiser ce dispositif de soins primaires. J'ai l'impression que nous n'aurons pas les ressources et la participation nécessaires si cela vient du gouvernement, qu'il s'agisse d'un programme à financement spécial avec transferts fédéraux aux provinces ou d'autre chose. Ce sera probablement une combinaison de tous les éléments mentionnés.

Que diriez-vous de l'idée que le gouvernement fournisse des incitations à des organisations comme l'OMA, des groupes de médecins locaux ou d'autres soignants primaires pour qu'ils s'organisent, que le gouvernement laisse les entreprises privées organiser leurs cliniques et leurs réseaux et fonctionner efficacement, étant bien entendu que le patient serait couvert de la même façon que s'il s'agissait de cliniques du gouvernement, et que ce ne serait pas tellement différent des bureaux des médecins de naguère?

On a résolu certains de ces problèmes dans le passé avec ce qu'on a appelé les immeubles de médecins, où il y avait les bureaux dans les étages et les laboratoires au sous-sol. Cela a très bien fonctionné. Cela ne serait jamais arrivé si l'on avait attendu le financement du gouvernement, mais la providence a bien fait les choses.

J'aimerais vous entendre nous parler de cela. Le président et moi-même avons été quelque peu critiqués ici en ville à cause d'un titre de journal qui a déformé la pensée de notre comité en laissant entendre que nous recommandions des soins de santé privés. En fait, nous parlions de soins de santé publique administrés dans un contexte privé. Je crois qu'il y a des possibilités extraordinaires d'organisation de groupes et de petites entreprises dans le secteur des soins primaires.

Dre Hutchison: Toutes les options peuvent être valables si elles sont correctement financées. Ce qui inquiète probablement le plus les médecins, c'est l'idée de se retrouver dans une situation to provide what the physician believes is quality care, and not being able to retain the clinical autonomy and their patient advocate role. That is the biggest concern for physicians.

There is the potential, as I think we all agree, in many different strategies. In essence, family physicians are functioning somewhat in that role now. There is a set fee for a set service and the physician delivers that service for that fee, which is sort of akin to a publicly funded private delivery of a service. We are not really that far off. The real concern physicians have in moving any further from there is that they are again placed in a role where they are not able to deliver quality care and not able to advocate on behalf of their patients. I believe there is merit and consideration of that option if the funding needs can be met, and the guarantee for the funding needs can be met.

Senator Keon: Do you not think, if you had a little group of primary care physicians and nurses, and whatever other people they wanted to bring into the group, that the risk of them getting into the conundrum of the HMOs would be much less than if this system is designed from above by some bureaucrat who never touched a patient in his life?

Dr. Hutchison: Definitely. The potential for physicians to advocate at the grassroots on behalf of their patients exist if in fact we are developing, designing and implementing the models. There is potential in the Canadian context if in fact technology is used and there is proper information to help guide the funding model so that there is an assurance, for example, on the part of the provincial or federal or whatever funding agency to ensure that physicians are not placed in the role of having to compromise quality. If those assurances are met, what you are saying, from what I understand, is that grassroots organization for the delivery of service has merit. Definitely it has merit.

Dr. Halparin: I would only offer that the OMA has always supported choice of a model for physicians. This particular contract that we have been discussing today is only one of several with which I have been involved. We have community service contracts, we have northern group funding projects, reform fee for service and community health centres. We have a variety. To the extent that there is a subset of physicians and their allied health care team who would be interested in that is an excellent idea.

At the end of the day, what you really want to do, apart from making sure you are providing high quality care, is make Canada an attractive place in which to practice. Part of the problem with this underfunding, and the lack of sustainability in the system, is that it has become unattractive to practice here. It has become more attractive to practice elsewhere.

The American recruiters have a system of rating physicians by a medal rating: a bronze, a silver or a gold doctor. Because of the quality of the educational process that we have, Canadian family physicians are automatically rated as platinum physicians. Part of the reason that attracts people to move is their frustration with the fact that they cannot practice the quality care they would wish.

analogue à celle des OSSI, où le médecin n'est pas encouragé à fournir ce qu'il considère comme des soins de qualité et ne peut pas conserver son autonomie clinique et son rôle de porte-parole du patient. C'est surtout cela qui inquiète les médecins.

Je crois que nous sommes tous d'accord pour dire que diverses stratégies sont potentiellement valables. En gros, les médecins de famille exercent plus ou moins ce rôle actuellement. Il y a un montant fixe pour un service donné et le médecin donne ce service moyennant ce montant, et c'est un peu comme si l'on avait un service public administré de façon privée. Nous n'en sommes pas si loin. Ce qui inquiète vraiment les médecins, c'est l'idée de se retrouver dans une situation où ils ne pourront plus assurer des soins de qualité et prendre la défense de leurs patients. Je pense qu'on peut certainement envisager cette option à condition d'avoir la garantie que les besoins de financement seront couverts.

Le sénateur Keon: Vous ne pensez pas que s'il y avait un petit groupe de médecins et d'infirmières responsables des soins primaires, et d'autres personnes éventuelles qu'on pourrait intégrer à ce groupe, on risquerait beaucoup moins d'être coincés dans ce mécanisme des OSSI que si l'on a un système conçu à partir du sommet par un fonctionnaire quelconque qui n'a jamais vu un patient de sa vie?

Dre Hutchison: Tout à fait. Les médecins peuvent défendre leurs patients à la base si c'est nous qui élaborons, qui concevons et qui appliquons les modèles. Nous avons du potentiel dans le contexte canadien si nous utilisons la technologie voulue et si nous avons les bonnes informations pour élaborer le modèle de financement de façon à avoir la garantie, par exemple, que l'organisme de financement provincial ou fédéral ou autre ne va pas obliger les médecins à faire des compromis avec la qualité. Si on nous donne ces assurances, ce que vous dites, si je comprends bien, c'est qu'une organisation à la base pour la prestation des services se justifierait. J'en conviens.

Dr Halparin: Je dirais simplement que l'OMA a toujours été d'accord pour que les médecins choisissent un modèle. Le contrat dont nous parlons aujourd'hui n'est qu'un parmi d'autres dont je me suis occupé. Nous avons des contrats de service communautaire, des projets de financement du groupe du Nord, une réforme du ticket modérateur et les centres de santé communautaire. Il y a toutes sortes de choses. Dans la mesure où il y a un groupe de médecins et de personnes qui gravitent autour d'eux qui seraient intéressés, ce serait une excellente idée.

En fin de compte, ce qu'on veut obtenir, en dehors de la garantie de soins de haute qualité, c'est que le Canada soit un lieu attrayant pour les praticiens. Le problème de ce sous-financement et du manque de durabilité du système, c'est en partie qu'il est devenu moins intéressant de pratiquer la médecine ici. C'est devenu plus intéressant ailleurs.

Les recruteurs américains ont un système de classement par médaille: le médecin est classé en bronze, argent ou or. Compte tenu de la qualité de notre éducation, les médecins de famille canadiens sont automatiquement classés dans la catégorie platine. Ce qui incite les médecins à partir, c'est dans une certaine mesure le fait qu'ils sont frustrés de ne pas pouvoir atteindre le degré de qualité qu'ils souhaiteraient pouvoir atteindre. The method that you are advocating here is one way of satisfying a subset of doctors and will make Canada an attractive place for them in which to practice. If that does not interfere with any of the tenets we have with respect to the Canada Health Act in either its current form or its modernized form, then that is an excellent idea.

Dr. Sky: If you raise the level beyond primary care reform, what you are talking about is internal market reform. I would put to you that that is a bit passé at this stage. Most of the studies have shown that if we are talking about having competition for public funds, it tends to be wasteful, so that if you divert some of that public funding to pay for the administration of privately run situations, and that usually means an HMO type of situation, you will find that it is wasteful of public funds.

The Chairman: I must challenge you on that. First, I do not know what public funds have to do with the matter. It is either wasteful or not wasteful. It seems to me whether the payment is from public funds or private funds has nothing to do with your conclusion. Second, I want to make sure I understand what you are saying. Are you saying that an element of competition among providers is inherently wasteful?

Dr. Sky: No. I am saying that if we were to have a set of privately run clinics paid out of —

The Chairman: Paid. Forget about where the money comes from. They are going to be paid by an insurance company. It does not matter. They are going to be paid, right?

Dr. Sky: When we run our school systems, we are very careful that the money we devote to publicly funded systems does not get raided by private schools. We make sure that we secure the publicly funded school system. I believe we would want to be sure of that.

The Chairman: I know you are tempted to always get back into what "most Canadians" want or thing, and give us a lecture on public opinion. I suppose that is really our end of the business. We are interested in your opinions from your end of the business.

Dr. Sky: Most practitioners now are private providers. We would not be changing anything unless you were talking about some other group coming in and acting as the administrators for these physicians and other providers. At that point, they would have to be paid for.

The Chairman: What about clinics or hospitals being privately owned?

Dr. Sky: There has to be a profit motive in that situation. Are we prepared to accept that some of our public funding will go to that aspect?

The Chairman: You ask the question. Obviously, if there are no benefits in terms of reduced costs as a result of competition, that is a different issue.

What Senator Keon and I are finding difficult to understand is that in every sector of the economy in which there is an element of competition, that leads to efficiency. That is probably a nondisputable statement. My question is, why is the hospital/clinic La méthode que vous recommandez permettrait de donner satisfaction à un certain nombre de médecins et de rendre le Canada plus attrayant pour les praticiens. Si cela ne nuit pas aux autres éléments fondamentaux que nous avons dans le cadre de la Loi canadienne sur la santé sous sa forme actuelle ou sa forme modernisée, c'est une excellente idée.

Dr Sky: Si vous allez au-delà de la réforme des soins de santé primaires, vous parlez en fait d'une réforme du marché interne. À mon avis, c'est un peu du réchauffé. La plupart des études montrent que si nous mettons en concurrence les candidats aux fonds publics, on a tendance à avoir du gaspillage, c'est-à-dire que si l'on détourne une partie du financement public pour financer des activités privées, ce qui signifie en général quelque chose comme des OSI, on s'aperçoit que c'est un gaspillage des fonds publics.

Le président: Je dois intervenir ici. Premièrement, je ne vois pas ce que les fonds publics viennent faire là-dedans. Ou il y a gaspillage, ou il n'y a pas gaspillage. J'ai l'impression que le fait que le financement soit public ou privé n'a rien à voir avec votre conclusion. Deuxièmement, je veux être sûr de bien comprendre ce que vous dites. Vous voulez dire que la concurrence entre fournisseurs de soins implique le gaspillage?

Dr Sky: Non, je dis si nous devions avoir des cliniques privées payées par...

Le président: Payées. Peu importe d'où vient l'argent. Ce sera payé par une compagnie d'assurance. Peu importe. On va les payer, n'est-ce pas?

Dr Sky: Quand nous gérons nos systèmes scolaires, nous prenons bien soin d'éviter que les fonds publics soient détournés par des écoles privées. Nous prenons soin de protéger le système public. Il me semble que nous voulons nous assurer de cela.

Le président: Je sais que vous êtes tenté de toujours revenir à ce que souhaite «la majorité des Canadiens» et de nous faire la leçon sur l'opinion publique. J'imagine que c'est notre affaire. Nous voulons avoir votre opinion en fonction de votre situation.

Dr Sky: La plupart des médecins sont maintenant privés. On ne va rien changer sauf si l'on fait intervenir un autre groupe qui administrera ces médecins et autres fournisseurs de soins. À ce moment-là, il faudra les payer.

Le président: Et les cliniques ou les hôpitaux privés?

Dr Sky: Ils doivent être motivés par le profit. Sommes-nous prêts à accepter qu'une partie de notre financement public soit utilisée de cette manière?

Le président: C'est vous qui posez la question. Évidemment, si la baisse des coûts résultant de la concurrence ne rapporte rien, c'est une autre question.

Si le sénateur Keon et moi-même avons des problèmes à comprendre, c'est que dans tous les secteurs de l'économie où il y a une certaine concurrence, l'efficacité progresse. Je pense que c'est incontestable. Et j'aimerais donc savoir en quoi la situation

sector different? By the way, if you think it is different, it is only different in Canada because we are the only western industrialized country in that situation. How do you defend the status quo, which is what you seem to be attempting to do?

Dr. Sky: I do not have to defend hospital administrators. I believe there are efficiencies that can be made. I am not sure if it is the funding model to hospitals and clinics that needs to be changed, so that it is patient and service-based, as opposed to the global funding that we have now for many hospitals that does not really encourage increased services to the patient.

The Chairman: You favour our service-based funding approach, do you?

Dr. Sky: Yes, I do.

Dr. Halparin: You have seen the effects of competition in this country. There is a doctor and a nurse shortage; there are shortages everywhere. Part of the reason is that the competition for their services has attracted them elsewhere. That is part of the problem.

Senator Keon: Let me return to the concept of privately-delivered, publicly-funded services. In the institutions, I am aware of a situation where a particular service was being provided at a provincially competitive rate in-house. You could go to an outside contractor and get the same service for 50 per cent of the cost, and that outside contractor was turning a profit and the service was much better.

Somehow we must get out from under the suffocating bureaucracy that is overtaking us, like the Russian system of health care. One must tread carefully in this business and be very clear about what we are talking about here. We are not talking about private health care, where somebody pays out of pocket for health care delivery. We are talking about an efficient delivery of service at a reduced cost and at the same quality.

Dr. Sky: I am not necessarily a fan of hospital administrators and their efficiencies. As a hospitalist myself, we know that over the past 10 years the fastest growing part of any hospital cost has been administration. I can cite chapter and verse in our own hospital. However, that is beside the point.

If Senator Keon is suggesting that we should leave things to private contractors to run private hospitals, then that is a debate for which we have no models on which to make a comparison within Canada.

Senator Keon: I am not suggesting anything quite that simple. However, if you get away from the health care industry and look at some of the things that have happened in private enterprise, right in our own city in the high-tech industry, where we had a giant that died of inanition. The people who came out of the

serait différente pour les hôpitaux et les cliniques. À propos, si vous pensez qu'elle est différente, c'est le cas seulement au Canada parce que nous sommes le seul pays industrialisé occidental dans cette situation. Comment pouvez-vous défendre le statu quo, puisque c'est ce que vous avez l'air de faire?

Dr Sky: Je n'ai pas à défendre les administrateurs des hôpitaux. Je pense qu'on peut réaliser des gains d'efficacité. Je ne sais pas si c'est le modèle de financement des hôpitaux et cliniques qu'il faut changer, pour que ce soit un système fondé sur les patients et le service, plutôt que le dispositif de financement global que nous avons actuellement pour de nombreux hôpitaux, et qui n'encourage pas vraiment l'accroissement des services aux patients.

Le président: Vous êtes pour une formule de financement fondée sur le service?

Dr Sky: Oui.

Dr Halparin: Vous avez constaté les effets de la concurrence au Canada. Il y a une pénurie de médecins et d'infirmières, il y a des pénuries partout. C'est en partie parce qu'ils ont été attirés ailleurs par la concurrence. C'est un élément du problème.

Le sénateur Keon: Je voudrais revenir à la notion de services à financement public administrés dans un contexte privé. Pour les établissements, je connais une situation où l'on offrait à l'interne un service donné à un tarif concurrentiel sur le plan provincial. Or, on pouvait obtenir le même service auprès d'un entrepreneur extérieur pour 50 p. 100 du coût, et cet entrepreneur extérieur réalisait quand même un bénéfice en fournissant un bien meilleur service.

Il faut qu'on réussisse à se sortir de la bureaucratie étouffante qui nous emprisonne comme le système de soins de santé russe. Il faut être prudent dans toute cette entreprise et savoir exactement de quoi nous parlons. Nous ne parlons pas de soins de santé privés où le citoyen paie de sa poche les soins de santé. Nous parlons d'une prestation de services efficace à moindre coût et avec la même qualité.

Dr Sky: Je ne suis pas nécessairement un partisan inconditionnel des administrateurs hospitaliers et de leurs économies. Exerçant moi-même en milieu hospitalier, je sais que depuis 10 ans, les frais hospitaliers qui ont augmenté le plus rapidement sont les frais administratifs. Je pourrais vous en dire très long sur notre propre hôpital à ce sujet, mais là n'est pas la question.

Si ce que veut dire le sénateur Keon, c'est qu'il faudrait laisser des entrepreneurs privés gérer des hôpitaux privés, c'est un débat pour lequel nous n'avons pas de modèles pour faire des comparaisons au Canada.

Le sénateur Keon: C'est loin d'être aussi simple. Toutefois, si on laisse de côté l'industrie des soins de santé et qu'on examine ce qui s'est passé dans le secteur privé, dans notre propre ville, dans le domaine de l'industrie des technologies de pointe, nous constatons que nous avons un géant qui est mort d'inanition.

bowels of that big system came together and started little companies, and they are making a huge profit and renting back all of the buildings that the giant vacated.

We must find a way of maximizing the freedom and enterprise of the health care providers and give them a chance to do that sort of thing.

Dr. Barrett: The challenge is, in part, can private industry provide the system with the same quality and standards that you mentioned exist in the public domain. If they could, it would be very difficult for us to stand against that.

The one issue, though, would be the issue of cherry-picking. Do they go and pick the low-cost, high-profit stuff, and leave the rest to the public system? Obviously that would not be fair.

If research can show that this can be done as well, then how could we object?

Dr. Hutchison: The major concern is with regard to the more complex and difficult cases that we have an insurance system to insure.

The Chairman: Dr. Sky, if we suggested to Mr. Radwanski, the federal Privacy Commissioner, to come and see your system, would you have any objections to that?

Dr. Sky: I have invited everybody and anybody to come.

The Chairman: That would be useful. I will send you a copy of the letter, but we will write a letter to him suggesting that.

Senator Morin: With the proviso that that is not the model we are working on.

The Chairman: Colleagues, if you did not read the page that was circulated to us on voluntary PCR, the facts, it is worth looking at.

I make an observation that at what is a minimum of a 16 per cent increase in income for family practitioners, and when you look at the other potential extras, I suspect the figure is closer to 20, I am surprised, in this day and age, that people are not clamouring to get on board. That is a pretty good price to pay in the "Godfather" approach of making them an offer that they cannot refuse.

I wish to return to the question that Senator Cook raised about the cost of looking after people at home. I do not wish to look at general home care; I want to ask you a specific question.

As people are sent home from hospitals earlier than they used to be, a number of patients in that sort of post-acute period incur home care costs and drug costs that, because they are provided outside of hospitals, are not covered under medicare, even though logically they ought to be because it is a direct result of a procedure that took place inside the hospital. Is there any way that we could get a handle on what the cost of the post-acute care is? Essentially, by sending people out of hospital earlier, the public

Les gens qui sont sortis des entrailles de cet énorme système ont lancé leurs petites entreprises et sont maintenant en train de réaliser des profits énormes en louant tous les édifices abandonnés par le géant.

Nous devons trouver un moyen de maximiser la liberté et l'esprit d'entreprise des fournisseurs de soins de santé et leur donner la chance de faire ce genre de chose.

Dr Barrett: Le hic, c'est de savoir si l'industrie privée peut garantir une qualité et des normes semblables à celles dont vous parlez dans le domaine public. Si c'est le cas, il nous serait très difficile de nous opposer à cela.

Le seul problème, cependant, ce serait la question du choix. Est-ce que ces gens-là choisiraient les secteurs à faible coût et hautement rentables en laissant tout le reste au système public? Parce que ce ne serait pas juste évidemment.

Si l'on peut prouver que c'est possible par des recherches, alors je ne vois pas comment nous pourrions nous y opposer.

Dre Hutchison: Le problème principal, ce sont les cas complexes et délicats pour lesquels il doit y avoir un système d'assurance.

Le président: Docteur Sky, auriez-vous une objection à ce que nous invitions M. Radwanski, le commissaire fédéral à la protection de la vie privée, à aller jeter un coup d'oeil sur votre système?

Dr Sky: Tout le monde est invité.

Le président: Ce serait utile. Je vous enverrai une copie de notre lettre, mais nous allons lui écrire pour le lui suggérer.

Le sénateur Morin: Étant bien entendu que ce n'est pas le modèle sur lequel nous travaillons.

Le président: Chers collègues, si vous n'avez pas lu le texte qu'on nous a remis sur les faits relatifs à la réforme volontaire des soins de santé, je vous signale que c'est une lecture qui en vaut la peine.

Je note qu'avec l'augmentation minimale de 16 p. 100 du revenu pour les médecins de famille, et si l'on tient compte des autres choses qui peuvent s'ajouter, j'imagine que le chiffre est plus près de 20 p. 100, je suis surpris de voir qu'en cette époque où nous vivons, les gens n'exigent pas d'être du nombre. S'il s'agit d'une offre qu'on ne peut pas refuser à la manière du «parrain», c'est grassement payé.

J'aimerais revenir à la question qu'a posée le sénateur Cook au sujet de ce qu'il en coûte pour soigner les gens après qu'ils sont rentrés chez eux. Je ne veux pas parler des soins généraux à domicile; je veux plutôt vous poser une question précise.

Étant donné que les hôpitaux renvoient les gens chez eux plus tôt que ce n'était le cas autrefois, un certain nombre de patients qui sont sortis de ces soins actifs doivent absorber les coûts des soins à domicile et des médicaments qui ne sont pas remboursés par l'assurance-maladie étant donné que ces services sont fournis à l'extérieur des hôpitaux, même si en toute logique, ces services devraient être remboursés, vu qu'ils résultent directement des interventions qui ont eu lieu à l'intérieur de l'hôpital. Y a-t-il

sector has very neatly transferred a cost from the public sector to the private sector. I would love to find a reasonably defensive, ballpark estimate of that cost.

Dr. Barrett: I do not think that answer is available. The standard, if you like, of what was hospital care and home care has changed dramatically over the years simply because a part of it is that what we do in hospitals has changed. One example you heard earlier was of a less-invasive technique for gallbladders, which allows you to go home earlier. It becomes harder to come up with the standard of the drug that would be received in hospital and then received at home.

Researchers have looked at this situation. I know Colleen Flood in Toronto has looked at this. However, I do not know if anybody has the answer.

Senator Morin: It is not the same patient going out as it was before. It is not just cutting down the stay in hospital. The patient and the procedures have changed. It is not just a shift in cost. The entire thing is cheaper than it was before.

The Chairman: After listening to Senator Morin, perhaps I was not clear.

If someone is sent home from the hospital and must go through two or three days or a week, or something in that order of magnitude, when they need home care and drugs, can we get some estimate of that cost? In other words, these are costs that are directly attributable to that patient having gone through a hospital procedure. We can even put a maximum time on it of a week or something. Obviously, costs are being incurred by individuals from the minute they leave the hospital that, in my simple way of thinking, logically are a part of the fact that they were in the hospital and therefore, logically, ought to be part of medicare.

The example I give you is that my wife's oxygen, when she was being treated for cancer, was free in the hospital, but you have to pay for oxygen at home. It is very hard to argue that oxygen is not medically necessary and was not a direct result of what happened in the hospital. I am trying to get a sense of what the cost on that small piece of drug and home care would be.

Dr. Hutchison: There are two parts to the answer. The first is that it is possible to obtain it if you want to define a set standard for these procedures. When the patients go home, we will catalogue what medications have been prescribed and what those costs are. In addition to that, the other component that you are talking about, and you have referred to it previously, is the untested and unmeasured cost on the people at home who are caring for those patients.

moyen de savoir exactement combien coûtent ces soins après la période de soins actifs? Essentiellement, en renvoyant les gens plus tôt, le secteur public a très habilement transféré un coût du secteur public au secteur privé. J'aimerais bien qu'on me dise combien cela coûte approximativement, et je voudrais un chiffre aussi raisonnable que possible.

Dr Barrett: Je ne crois pas qu'on puisse trouver cette réponse. La norme, si vous voulez, pour les soins hospitaliers et les soins à domicile a changé radicalement avec les années simplement étant donné que les hôpitaux ne font plus ce qu'ils faisaient. On a mentionné plus tôt l'exemple de la technique moins invasive pour la vésicule biliaire, ce qui vous permet de rentrer chez vous plus tôt. Il est plus difficile de définir la norme des médicaments qu'on reçoit à l'hôpital et qu'on prend ensuite chez soi.

Des chercheurs ont examiné cette situation. Je sais que Colleen Flood de Toronto a examiné cela. Cependant, j'ignore si quelqu'un a la réponse à cette question.

Le sénateur Morin: Le patient qui rentre chez lui n'est pas le même qu'avant. Il ne s'agit pas seulement d'abréger le séjour à l'hôpital. Le patient et les méthodes ont changé. Ce n'est pas seulement une question de déplacement des coûts. Tout coûte moins cher qu'avant.

Le président: La réponse du sénateur Morin me dit que je n'ai peut-être pas été assez clair.

Si une personne est renvoyée de l'hôpital chez elle et doit recevoir des soins à domicile et des médicaments pendant deux ou trois jours ou une semaine, ou quelque chose du genre, est-ce qu'on peut avoir une idée de ce coût? Autrement dit, ce sont là des coûts que ce patient doit assumer directement par suite d'une intervention à l'hôpital. On pourrait même fixer le maximum à une semaine ou quelque chose comme ça. Mais chose certaine, ces coûts seront assumés par les particuliers dès qu'ils mettent le pied hors de l'hôpital, mais dans ma logique simple à moi, ces coûts sont partiellement attribuables au fait qu'ils ont été hospitalisés, et par conséquent, en toute logique, ils devraient être remboursés par l'assurance-maladie.

Par exemple, l'oxygène que recevait ma femme à l'hôpital, lorsqu'elle était soignée pour le cancer, ne lui coûtait rien, mais si on veut recevoir l'oxygène chez soi, il faut payer de sa poche. On aura beaucoup de mal à me faire croire que l'oxygène n'est pas une nécessité médicale, et que cette nécessité ne résultait pas directement de l'intervention en milieu hospitalier. J'essaie seulement de savoir combien coûte ce petit élément des soins et des médicaments qu'on reçoit à domicile.

Dre Hutchison: Il y a deux volets à la réponse. Premièrement, on peut obtenir une réponse si l'on définit les normes pour de telles interventions. Lorsque les patients rentrent chez eux, nous notons les médicaments qui ont été prescrits et combien ils coûtent. Il faut ajouter à l'autre volet dont vous avez parlé plus tôt ce qu'il en coûte pour les personnes qui sont à la maison et qui ont soin de ces patients, coût qui n'est pas mesuré.

The Chairman: I am not trying to quantify that. I am trying to quantify the actual cash cost as opposed to the stress cost.

Dr. Hutchison: You could say it is a cash cost if people have to take time off work to provide it. If you truly want a measure of that cost in addition to the pharmaceutical cost, you need a cost for the people caring for those patients. You could do that by measuring the costs of the VON or the allied health professionals —

The Chairman: Has anyone done any work on that? That is all I am asking.

Dr. Halparin: I do not know the answer to that. You also have not mentioned the family doctor portion.

Dr. Sky: Marcus Hollander in British Columbia has done some research work on this aspect.

The Chairman: Would you send that to us, please?

Thank you very much for coming. I know we kept you a little longer than planned but, as usual, it was a spirited discussion.

Honourable senators, our second panel is comprised of Messrs. Rochon, Brimacombe and Empey.

Thank you for coming, gentlemen. Please proceed with your opening statements.

Mr. Mark Rochon, Member, Advocacy Committee, Ontario Hospital Association: It is a pleasure for me to be here on behalf of the Ontario Hospital Association. I wish to thank you for the invitation.

My remarks will primarily focus on the two key themes raised in your latest report that we have been asked to consider, those being service-based funding and internal markets. The OHA will also be tabling a submission that addresses other aspects of Volume 5 today.

The views I will express on behalf of the OHA can be grouped into five key themes: the separation of roles — insurer, purchaser, provider and evaluator; the ability to understand the relationship between price, quality and quantity under service-based funding; measurement and performance; internal market considerations and managing change.

I come to you today having experienced roles on both sides of the equation. I have had the pleasure of being Assistant Deputy Minister of Health in the Province of Ontario on secondment for about 15 months. I am the CEO of the Toronto Rehabilitation Institute. I have held other senior leadership positions in hospitals and I was the CEO of the Health Services Restructuring Commission.

Le président: Je n'essaie pas de quantifier cela. J'essaie de quantifier ce qu'il en coûte en espèces sonnantes et trébuchantes par opposition au coût en stress.

Dre Hutchison: Vous pourriez dire qu'il y a aussi un coût si les gens doivent quitter leur travail pour fournir ces soins. Si vous voulez vraiment mesurer ce qu'il en coûte en plus du coût des médicaments, vous devez calculer ce qu'il en coûte pour ces personnes qui ont soin de ces patients. Vous pourriez le faire en mesurant les coûts de l'infirmière visiteuse ou du personnel paramédical...

Le président: Est-ce que quelqu'un a fait une recherche làdessus? C'est tout ce que je veux savoir.

Dr Halparin: Je ne connais pas la réponse à cette question. Vous avez également oublié de mentionner le rôle que joue le médecin de famille.

Dr Sky: Marcus Hollander de la Colombie-Britannique a fait des recherches sur cette question.

Le président: Pourriez-vous nous communiquer cette recherche, s'il vous plaît?

Merci beaucoup d'être venus. Je sais que nous vous avons gardés un peu plus longtemps que nous l'avions planifié mais, comme d'habitude, ce fut une discussion intéressante.

Chers collègues, nos prochains témoins sont MM. Rochon Brimacombe et Empey.

Messieurs, merci d'être venus. Veuillez nous faire vos exposés.

M. Mark Rochon, membre, Comité de défense, Association des hôpitaux de l'Ontario: J'ai le plaisir de représenter l'Association des hôpitaux de l'Ontario. Je tiens à vous remercier pour votre invitation.

Mes propos porteront essentiellement sur les grands thèmes de votre dernier rapport auquel vous nous avez demandé de réfléchir, à savoir le financement fondé sur les services et les marchés internes. L'Association soumettra également aujourd'hui un mémoire qui traite des autres aspects du volume 5.

Les idées que je vais exprimer pour le compte de l'AHO peuvent être regroupées en cinq grands thèmes: La séparation des rôles, soit l'assureur, l'acheteur, le fournisseur et l'évaluateur; la capacité de comprendre le rapport entre le prix, la qualité et la quantité dans un régime de financement fondé sur les services; la mesure du rendement; les considérations relatives aux marchés internes la gestion du changement.

Je connais les deux côtés de la médaille. J'ai eu le plaisir d'occuper le poste de sous-ministre adjoint de la Santé de la province de l'Ontario pendant un détachement qui a duré une quinzaine de mois. Je suis le PDG du Toronto Rehabilitation Institute. J'ai occupé d'autres postes supérieurs dans les hôpitaux, et j'étais le président de la Commission chargée de restructurer les services de santé.

We need to consider and promote mechanisms that relate resources to outcomes and we need to find mechanisms to insulate, as much as we can and are able to, decisions concerning the provision of health services from politics.

At the Ontario Hospital Association we recognize that separating key roles in the delivery of health service has substantial merit. For example, separating funder and insurer from purchaser and provider will allow government to focus on issues of system policy, depoliticize provider issues and allow the government to focus more appropriately on macro issues.

However, we need to consider the relationship between insurer, funder, purchaser and provider so that we do not simply shift the same debate from between government and providers to between funders and purchasers. The nature of the debate needs to change so that the public understands the consequence of choice. Our existing relationships and the associated lack of accountability and vagueness as to who is responsible for what provides all of us with plenty of cover.

Separating purchaser from provider will allow purchasers to focus on price, quality and outcomes. There are some examples of service-based approaches in the Ontario context that relate price to quality. However, we need to consider ways to expand the basket of services paid on a per-unit basis in a fashion that aligns incentives with the health needs of citizens rather than the needs of suppliers or providers.

We also need to consider ways to understand how the system is performing. The notion of an arm's length evaluator has considerable merit. It allows the public to consider how the system is performing and to point to areas of improvement, and it will help moderate the crisis headlines that we see in newspapers.

With regard to separation of roles, we need to consider the specifics of the accountabilities between funder or insurer and purchaser and provider. For example, what is the purchaser accountable for and to whom? This could encompass areas such as resources, health services provided to populations, the consequences of emerging technology, the adequacy of payments made on behalf of citizens, and so forth. In separating the roles, this Senate committee ought to give consideration to proposing legislation that would define more clearly the basket of health care services that would be insured by both federal and provincial governments.

We also think there is merit in considering the insurer or government being obligated to finance health care entitlements that are defined within a basket of services. We should consider pooling resources to moderate fluctuations in government revenues. We know that tax revenues fluctuate with the economy, but health services do not fluctuate with the economy. In fact, some people might argue that there is a

Nous devons étudier et promouvoir les mécanismes qui établissent des liens entre les ressources et les résultats, et nous devons aussi trouver des mécanismes qui, autant que possible, mettent à l'abri du jeu politique les décisions relatives à la prestation des services de santé.

L'Association des hôpitaux de l'Ontario est d'avis que la séparation des rôles essentiels dans la prestation des services de santé est une idée d'avenir. Par exemple, le fait de séparer le bailleur de fonds et l'assureur de l'acheteur et du fournisseur permettra au gouvernement de limiter ses interventions aux questions de politique générale, dépolitisera les questions relatives aux fournisseurs et permettra au gouvernement de concentrer son attention, plus utilement, aux questions générales.

Cependant, nous devons étudier le rapport qu'il y a entre l'assureur, le bailleur de fonds, et l'assureur et le fournisseur, de manière à ne pas simplement déplacer le même débat entre le gouvernement et les fournisseurs, pour en faire un débat entre bailleurs de fonds et acheteurs. La nature du débat doit changer pour que le public puisse comprendre les conséquences des choix. Les rapports que nous avons déjà et les lacunes dans la reddition de comptes ainsi que le vague entourant la question de savoir qui est responsable de quoi, tout cela nous fournit amplement de quoi nous disculper.

Le fait de séparer l'acheteur du fournisseur permettra aux acheteurs de se concentrer sur les prix, la qualité et les résultats. Il y a des exemples d'approche fondée sur les services dans le contexte de l'Ontario où l'on établit un rapport entre le prix et la qualité. Cependant, nous devons trouver des moyens d'élargir la gamme des services que l'on paie à l'unité de manière à axer les incitatifs sur les besoins en santé des citoyens et non sur les besoins des fournisseurs de biens ou de soins.

Nous devons aussi trouver des moyens de comprendre le rendement du système. L'idée d'un évaluateur indépendant est très valable. On permettrait ainsi au public de savoir si le système rend les services qu'on lui demande et l'on saurait dans quels secteurs il faut apporter des améliorations, et cela nous permettrait d'atténuer les crises rapportées dans les journaux.

En ce qui a trait à la séparation des rôles, nous devons tenir compte de ce qui incombe à celui qui finance ou assure un service et celui qui achète et dispense un service. Ainsi, l'acheteur est responsable de quoi et à qui rend-il des comptes? Cela pourrait englober des domaines tels que les ressources, les services de santé dispensés aux divers groupes, les conséquences de la technologie émergente, les versements faits au nom des citoyens, et cetera. Le comité du Sénat devrait envisager de proposer une mesure législative qui définirait avec plus de précision l'ensemble des soins de santé qui seraient assurés autant par le gouvernement fédéral que par le gouvernement provincial.

Nous estimons aussi qu'il faudrait envisager d'obliger l'assureur ou le gouvernement à financer les services de santé auxquels les gens ont droit. Nous pourrions envisager de mettre en commun les ressources afin de réduire au minimum les fluctuations des recettes gouvernementales. Nous savons que les recettes fiscales fluctuent selon la situation économique, mais les besoins en service de santé, eux, n'en font pas autant. D'ailleurs,

converse relationship, and how do we deal with paying for that? There may be some merit in considering pooling resources so that there is a fund to deal with fluctuations in government revenue. We need to make much more transparent the debate about which insured services are in and which are not in.

An entity arm's length from government would be responsible for purchasing or allocating resources to providers based on community needs and performance and it would allow for the development of agreements with providers that would define price, quantity, access, and so forth.

The importance of an evaluator cannot be overstated. It would report on system performance and quality, which is very important, particularly for policy-makers, and would allow purchasing organizations to make more informed decisions about who to purchase services from.

Service-based funding would enhance and improve the transparency and accountability of health service provision. It is one tool that purchasing entities could employ to promote transparency. I think we need also to recognize that there are some aspects of service that perhaps ought to be funded with other than a service-based approach. I am thinking, for example, of services that relate to health promotion and prevention. Perhaps the argument could be made that stand-by services such as emergency rooms could also be funded on a global basis. Again, that would help to depoliticize the system and the decisions.

In considering a move to more service-based funding, the OHA submits that we need to consider ensuring that price adequately covers cost. That is something that we would, I am sure, debate at the outset of this move, but it is something that is very important in terms of promoting the stability of the system. It is important that we consider this with a measured approach so that we do not destabilize the system and provide the grounds for even more raiding of our health human resources.

We also need to consider that service-based funding should not create incentives for providers to stop offering necessary services in communities. The needs of specific communities must be considered as well as the adequacy of service provided in those communities.

Moving to performance-based funding also increases the need for better information. Some of your reports deal with the issue of the need for better information to help measure the performance of the system both in terms of quality and quantity.

In thinking about this from the perspective of internal markets, we need to be somewhat cautious in that, while in theory we ought to be able to develop a system where purchasers are able to shift from one supplier to another, the realities of one-provider communities, human and capital investments may make shifting from one supplier to another extremely difficult in the short run. While analogies are dangerous in health service, the purchasing organizations we are contemplating are not operating a power grid. While the source of electricity is transparent to consumers, in

certains diraient même que la relation inverse est vraie. Comment peut-on alors assurer le financement des services de santé? Il serait peut-être bon d'envisager une mise en commun des ressources afin de créer un fonds pour faire face aux fluctuations des recettes des gouvernements. Il faut tenir un débat beaucoup plus transparent sur les services qui devraient être assurés ou non.

C'est un organisme indépendant du gouvernement qui serait chargé de faire l'achat et l'affectation des ressources aux dispensateurs de soins en fonction des besoins de la collectivité et du rendement. De plus, on pourrait conclure des ententes avec les fournisseurs de soins où seraient définis le prix, la quantité, l'accès, et ainsi de suite.

Je ne saurais trop insister sur l'importance d'un évaluateur. Il présenterait des rapports sur la qualité et le rendement du système, qui sont très importants, surtout pour les décideurs, et il permettrait ainsi aux organismes chargés des achats de décider de façon mieux éclairée de qui acheter des services.

Le financement fondé sur les services rehausserait la transparence et la reddition de comptes dans la prestation des services de santé. C'est un outil dont pourraient se servir les organismes d'achat pour promouvoir la transparence. Nous devons aussi reconnaître que certains volets du système de santé devraient être financés autrement. Je pense par exemple aux services liés à la promotion de la santé et à la prévention. De même, les services dont on a un besoin permanent tels que les salles d'urgence pourraient faire l'objet d'un financement global. Cela contribuerait à dépolitiser le système et la prise de décision.

En recommandant qu'on adopte un financement axé davantage sur les services, notre association veut s'assurer que le prix des services permet de couvrir le coût. Je suis certain que nous en discuterions dès le début, et c'est très important pour la stabilité du système. Nous devonş adopter une approche mesurée afin de ne pas déstabiliser le système et susciter un maraudage accru de nos ressources humaines en santé.

Nous devrons aussi nous assurer que le financement axé sur les services n'encourage pas les fournisseurs de services à cesser d'offrir les services nécessaires aux collectivités. Il faudra établir quels sont les besoins de chaque collectivité et déterminer si les services offerts sont suffisants.

Le financement axé sur le rendement nécessite de bonnes informations. La plupart des mémoires que vous avez reçus traitent de la nécessité de disposer de meilleures informations pour mieux évaluer le rendement du système autant au niveau de la qualité que de la quantité.

Du point de vue des marchés internes, nous devons être prudents: en théorie, nous devrions pouvoir concevoir un système permettant aux acheteurs de changer de fournisseur au besoin, mais la réalité des localités où il n'y a qu'un fournisseur fait en sorte que les investissements humains et de capital rendent les changements de fournisseur extrêmement difficiles à court terme. Il est toujours difficile de faire des comparaisons quand on parle de santé, mais les organismes d'achat que nous envisageons ne gèrent pas un réseau d'électricité. La source d'électricité est

health services the source of the service is where people go for help. We need to consider that in the context of the choices we have before us.

We need to consider that there are significant barriers to entry in both human and technical terms. There ought to be barriers to exit as well, particularly in sole-provider communities.

Another consideration in thinking about internal markets is the extent to which quality improvement can be factored into the relationship between purchasers and providers by being able to use what evaluation organizations say are opportunities for improvement and use the contractual arrangements between purchasers and providers to make improvements and, where those improvements are not made, to then take action, in particular where there are options to move services.

Finally, we need to consider what all this means in the context of change management. It is easy to think of these changes in conceptual terms. We have to be careful about what it will mean to the provision of service, in particular through the implementation phase. We suggest that there are ways in which we can consider quite measured approaches as we move from the current system to one that involves purchasing organizations and service-based funding.

Mr. Kevin Empey, Chief Financial Officer, University Health Network: I appreciate the opportunity to be able to speak to your committee today. It is not often that an accountant gets to participate in a discussion on policy. I would like to congratulate the committee for its efforts in what I see as your head-on attack on difficult issues as set out in your reports.

I am responsible for the financial and corporate areas in a large academic centre. I have been asked to give you a perspective of some of the issues of implementation that an academic centre would have, or which would affect an academic centre.

I have two introductory suggestions to make, after which I will turn to some specifics. I set out a number of specific examples in my submission to the committee.

I suggest that in your next report the committee be specific about its opinion and bias regarding academic centres. Do you support the combination of active teaching and research in a clinical setting? Do you acknowledge that such activity has an impact on clinical care and that there are differences in the environments as a result? Do you acknowledge that those differences need to be accommodated in any change to the structure, the formula or the way institutions are funded?

I also have a question regarding the term "service-based funding." I ask the committee to define the objectives of it. Do you see service-based funding as a way to normalize service across the country and deal with the fact that there are inconsistent levels of service today? Or do you see it as a way to create incentives for

évidente pour les consommateurs, mais en matière de soins de santé, la source de service, c'est là où les gens vont pour se faire soigner. Nous devons en tenir compte au moment de faire des choix.

Il ne faut pas oublier qu'il existe des obstacles humains et techniques importants, mais qu'il doit y avoir des obstacles empêchant les fournisseurs de cesser d'offrir des services là où ils sont les seuls présents.

Toujours du point de vue des marchés internes, il faut se demander dans quelle mesure l'amélioration de la qualité peut être prise en compte dans la relation qui unit des acheteurs et des fournisseurs par le biais de ce que les organismes d'évaluation appellent les possibilités d'amélioration. Les contrats entre les acheteurs et les fournisseurs doivent permettre des améliorations et, là où les améliorations ne sont pas apportées, il faut pouvoir prendre des correctifs surtout lorsqu'il est possible de fournir les services ailleurs.

Enfin, nous devons nous demander ce que tout cela signifie dans le contexte de la gestion du changement. Il est facile de penser à ces changements en théorie. Nous devons veiller à tenir compte des conséquences de ces changements pour la prestation des services, surtout pendant la phase de mise en oeuvre. Nous estimons qu'il est possible d'adopter une approche graduelle qui nous permettra de passer sans heurts du système actuel à un système d'organismes d'achat et de financement axé sur les services.

M. Kevin Empey, directeur financier, University Health Network: Je suis heureux de pouvoir vous présenter quelques remarques aujourd'hui. Il est rare qu'un comptable participe à des discussions sur les politiques. Je félicite votre comité de ses efforts pour régler les problèmes difficiles décrits dans vos rapports.

Je suis responsable des questions financières et commerciales dans un grand centre universitaire. On m'a demandé de vous donner un aperçu des problèmes de mise en oeuvre que pourrait connaître un centre universitaire comme le nôtre ou de l'incidence que certaines mesures pourraient avoir sur nous.

J'ai deux suggestions à faire avant d'entrer dans les détails. Je donne aussi des exemples détaillés dans mon mémoire.

Dans votre prochain rapport, vous devriez donner clairement votre avis sur les centres universitaires. Êtes-vous d'accord avec l'idée de combiner l'enseignement pratique et la recherche en milieu clinique? Reconnaissez-vous que cette activité a une incidence sur les soins cliniques et que cela entraîne des différences entre les milieux? Reconnaissez-vous qu'il faut tenir compte de ces différences dans toute modification éventuelle de la structure, de la formule ou de la façon dont les établissements sont financés?

J'ai aussi une question sur l'expression «financement axé sur les services». J'aimerais que le comité en définisse les objectifs. Le financement axé sur les services devrait-il servir à normaliser les services à l'échelle du pays, à assurer l'uniformité des services? Ou est-ce une façon d'inciter les fournisseurs à desservir de gros

the providers to grow volumes, if they are efficient? Or is it just a case of changing the model, causing efficiencies to be driven out of it by changing it to a lower rate than what they may be getting on a global basis today?

I support service-based funding. However, those are principles as to how we might go forward and implement some of your recommendations.

There are pitfalls in service-based funding. Mr. Rochon addressed a couple to which I had wanted to speak. As providers, we are quick to learn. We are bright and we adjust to the rules that we are given. As providers learn, they will evolve. Some providers, when it becomes a full rate-based or service-based system, will choose to specialize a little more or get out of something. Certainly, as Mr. Rochon said, in small communities you cannot afford the major providers, that is, the hospitals, to get out of something just because of the rates.

In particular, in my world, which is an academic centre, there are certain factors which I will talk about that I think will be required to incent academic centres to stay at that top, acute edge so that we do not naturally move to a lower level of services in order to be competitive with everyone else.

I have some broad thoughts to mention before I bring it down to the teaching centres. As the earlier group said, the system is underfunded. Funding will not address all of the problems. However, I think a change in funding must be part of the answer.

Currently, the providers are the gatekeepers. I think people reading your report would recognize that you acknowledge the point that a change in a system changes who becomes the gatekeeper for access or for volumes.

The problem we have in Ontario is one which we will face nationally in a rate-based or service-based system. The key aspect to that is understanding the rate and, therefore, the costing. Ontario has done a great deal of work on costing, as has the Canadian Instritute for Health Information, or CIHI. However, current costing is incomplete. There are many problems with it. The main problem is that there are too few hospitals. The costing which will be used this year in Ontario is based on input from Alberta hospitals and five Ontario hospitals. That almost makes it useless since it is not representative enough of the activity that is going on in the province, let alone the country.

What is worse is that few high-end teaching hospitals have participated in the input of the data which have led to the provision of the rates. Thus, you end up with low volumes of some procedures that are not appropriately affected in any structure because there is not enough mass, as a result of which they are, perhaps, ignored or massaged out of any formula.

volumes, s'ils sont efficaces? Ou est-ce un nouveau modèle qui éliminera les efficiences par le biais de nouveaux taux inférieurs à ce qu'ils sont à l'heure actuelle avec le financement global?

J'appuie le financement axé sur les services. Toutefois, il y a des principes qui devront sous-tendre son adoption et la mise en oeuvre de certaines de vos recommandations.

Le financement axé sur les services n'est pas parfait. M. Rochon vous a déjà touché quelques mots de certaines lacunes que je veux aussi aborder. Comme fournisseurs, nous apprenons vite. Nous sommes intelligents et nous nous ajustons aux règles qui nous sont imposées. Comme l'apprennent les fournisseurs, ils devront évoluer. Si on passe d'un financement global à un financement axé sur les services, certains fournisseurs décideront de se spécialiser davantage ou d'abandonner certaines choses. Comme l'a indiqué M. Rochon, les petites localités ne peuvent se permettre de voir leur hôpital cesser d'offrir certains services tout simplement en raison des tarifs.

Moi, je travaille dans un centre universitaire et il faudra prévoir certaines mesures si nous voulons encourager les centres universitaires à rester à la fine pointe de la connaissance et à ne pas abaisser la qualité des services tout simplement pour rivaliser avec les autres.

J'ai quelques idées générales à exprimer avant d'en arriver aux centres d'enseignement. Comme l'a dit le groupe de témoins précédents, le système est insuffisamment financé. Le financement n'est pas une panacée. Toutefois, un changement dans les niveaux de financement est nécessaire pour résoudre en partie le problème.

À l'heure actuelle, les fournisseurs de services sont les protecteurs du public. Les gens qui liront votre rapport comprendront que vous reconnaissez qu'un changement apporté à un système fait passer à un autre niveau ce rôle de protecteur du public en ce qui concerne l'accès ou les volumes.

En Ontario, nous sommes confrontés à un problème qui se posera à l'échelle nationale dans un système fondé sur les services dispensés ou sur la tarification. L'essentiel, c'est de bien comprendre le tarif et, partant, le calcul des coûts. L'Ontario a effectué de nombreuses études sur cette question, tout comme l'Institut canadien d'information sur la santé, ou l'ICIS. Toutefois, l'établissement des coûts actuels est incomplet et pose de nombreux problèmes. Le principal problème vient de ce qu'il y a trop peu d'hôpitaux. L'établissement des coûts qui servira cette année en Ontario se fonde sur les données fournies par les hôpitaux albertains et cinq hôpitaux de l'Ontario. Du coup, ces données sont pratiquement inutiles car elles ne représentent pas suffisamment l'activité qui se déroule dans la province, et encore moins dans le pays.

Pire encore, quelques hôpitaux d'enseignement de pointe ont participé à la production des données qui ont mené à l'établissement des barèmes de services. Ainsi, on finit par avoir de faibles volumes de certains actes qui ne figurent pas à l'endroit voulu dans la structure car il n'y a pas une masse suffisante, de sorte qu'ils ne sont pas pris en ligne de compte dans la formule appliquée.

We need a system which either creates an incentive or a penalty to motivate institutions to provide data and to participate in the inputting of it. This would end up with a better structure and better data.

Another factor is that there is inconsistent or, in some cases, no methods or logic as to how new technology is introduced into the system, meaning it tends to depend on whether a province chooses to fund it or not to fund it today. As a result, Canada tends to be behind in the introduction of new technologies. If I take the major diagnostic modalities, such as MRIs, we were well behind. In terms of PET scanners, we are now behind. As far as gamma knives are concerned, Manitoba announced that the first one will be going in, in Winnipeg. However, it is the first one in all of Canada.

There is a large opportunity here for federal leadership. The federal government provided funding for capital, which has raised a concern as to whether different provinces have spent it on the right thing. I still think it is an opportunity for federal leadership. Coming from the federal level, it has the benefit of creating a little more consistency across the country.

What is an academic centre? An academic centre tends to introduce new procedures, be they diagnostic, surgical or medical. Academic centres tend to be more complex. With that complexity comes two problems with which any formula struggles. That is to say, there is far more variability in individual cases. This can be because of the teaching environment or it can be because of the multicomplexities and nature of the patients we see.

Studies exist that show that there are improved outcomes in the academic centres for things such as breast cancer or acute myocardial infarction. As everyone acknowledges, academic centres conduct teaching and research. There are costs to both of those. Some of the cost is just for the facility. Most of the research funding does not provide for the administration and the facility costs of that research activity. Therefore, we, the institution, are absorbing those costs as part of our overall activity.

For teaching, the research is inconsistent, but everyone acknowledges there is some cost, perhaps in the form of longer OR procedures, longer length of stay, and increased drug or lab tests. However, there certainly is the support of physicians and surgeons in both those cases.

To go a little more specifically into some of your recommendations, I totally support service-based funding. The Ontario experience is showing us the difficulty in establishing rates that accommodate the teaching or academic environment. I tend to like, to a small degree, what Alberta has done, which is to establish separate rates for teaching, to absolutely fund the

Nous devons adopter un système qui crée un incitatif ou une sanction, de façon à motiver les établissements à fournir des données et à participer à la compilation d'une base de données. Cela permettra d'avoir une meilleure structure et de meilleures données.

Un autre facteur est le manque d'uniformité, voire l'absence de méthodes ou de logique quant à la mise en place de la nouvelle technologie dans le système; autrement dit, cela dépend en général de la décision que prend une province de la financer ou non à l'heure actuelle. En conséquence, le Canada a pris du retard dans l'adoption de nouvelles technologies. Si je prends l'exemple des principaux procédés diagnostiques, comme les IRM, nous avons pris beaucoup de retard. Il en va de même pour les appareils de tomographie par émission de positrons. En ce qui concerne les scalpels gamma, le Manitoba a annoncé la mise en place du premier appareil semblable à Winnipeg. Toutefois, ce sera le premier à être utilisé dans l'ensemble du pays.

C'est un domaine où le gouvernement fédéral devrait vraiment être un chef de file. Il a fourni des fonds pour les immobilisations, ce qui a suscité quelques préoccupations quant à savoir si les provinces ont utilisé cet argent à bon escient. Je continue de croire que le gouvernement fédéral doit faire preuve de leadership. De cette façon, cela permettra d'assurer une plus grande uniformité dans tout le pays.

Qu'est-ce qu'un centre universitaire? En général, un centre universitaire met en place de nouvelles procédures, qu'il s'agisse de diagnostics de chirurgies ou de soins médicaux. Les centres universitaires sont en général plus complexes. Cette complexité pose deux problèmes difficiles à résoudre, quelle que soit la formule retenue. En d'autres termes, la variabilité est beaucoup plus grande dans les cas individuels. C'est peut-être dû au contexte d'enseignement ou à la complexité des cas et à la nature des patients que nous voyons.

Certaines études prouvent que les centres universitaires obtiennent de meilleurs résultats dans des domaines comme le cancer du sein ou l'infarctus aigu du myocarde. Comme chacun sait, les centres universitaires sont des établissements d'enseignement et des centres de recherche. Ces deux activités entraînent des coûts. Une partie des coûts est due à l'installation proprement dite. La majorité du financement de la recherche ne couvre pas les dépenses liées à l'administration et aux locaux de cette activité de recherche. C'est pourquoi nous, l'institution, absorbons ces coûts dans le cadre de notre activité globale.

Pour l'enseignement, la recherche est irrégulière, mais tout le monde s'entend à dire qu'il y a des coûts liés à la durée prolongée des séjours ou des actes, et au nombre accru d'essais en laboratoire ou de médicaments. Toutefois, dans les deux cas, nous pouvons sans aucun doute compter sur l'appui des médecins et des chirurgiens.

Pour parler un peu plus précisément de certaines de vos recommandations, j'appuie sans réserve le financement fondé sur les services. L'expérience ontarienne nous montre combien il est difficile d'établir une tarification qui convienne au milieu universitaire ou d'enseignement. Je suis assez favorable à ce qu'a fait l'Alberta, c'est-à-dire établir des tarifs distincts pour

academic centres and say, "Okay, that is covered." I also think there should be a separate method for looking at new procedures. Given that the current costing formula is using data that is three years old, it is nowhere near representative of the current activity, let alone the procedures we have all introduced in the last three years.

We must come up with a formula that allows for high cost outliers. We must make sure that hospital and doctor incentives do not go back out of sync. Right now, there is no costing, no method for the ambulatory part of our business, which, in most hospitals, is 30 to 38 per cent of the cost of that activity. There is no weighting formula for that.

On the competition side, I do not support competition if it becomes like the American HMO, where it is a competition of price. I do support competition if it is based on driving two principles: efficiency and outcome. The Ontario model does not take outcome into effect but it is an attempt to drive efficiency, that efficient hospitals get rewarded in funding the following year. However, it is not a case-by-case model. I do not know if it is the perfect example. I would prefer it to something that becomes individual case price negotiations. My fear is that academic centres will lose on that.

I prefer something that is tied to a funding model, not tied to individual volumes, but still gives an incentive to institutions to be more efficient and to drive their volumes.

In conclusion, I support the direction of the report. I would be happy to provide any more information or to do more studies or anything else the committee would require, as I indicated to Senator Kirby. I feel that special attention to determining academic funding and perhaps using an institution such as CIHI to take the leadership on that issue would be very well worth the effort. Some separate funding to incent new technologies and to try to move the whole country along at the same pace would be very valuable.

Incentives versus penalties will help keep the acute centres at the top end of the scale of the services they provide and not put us in the position of competing with the community hospitals and losing what we have now.

Mr. Glenn G. Brimacombe, Chief Executive Officer, The Association of Canadian Academic Healthcare Organizations: At this point in our country's history, the association appreciates the opportunity to make a significant and constructive contribution to the public discussion about the future of health care in Canada and, in particular, the federal government's role in heath. I should mention that our president, Ms Sheila Weatherill, sends her deep

l'enseignement, financer en totalité les centres universitaires en disant: «Très bien, c'est prévu.» Je pense également qu'il faut adopter une méthode distincte pour tenir compte des nouvelles procédures. Étant donné que la formule actuelle d'établissement des coûts se fonde sur des données vieilles de trois ans, elle n'est absolument pas représentative de l'activité actuelle, et encore moins des procédures mises en place par tous nos centres au cours des trois dernières années.

Nous devons trouver une formule qui tienne compte des cas particuliers à coût élevé. Nous devons faire en sorte que les incitatifs pour les hôpitaux et pour les médecins ne soient pas incompatibles. À l'heure actuelle, il n'existe aucune méthode d'établissement des coûts pour nos services ambulatoires, qui représentent dans la plupart des hôpitaux de 30 à 38 p. 100 des dépenses liées à cette activité. Il n'existe aucun coefficient de pondération à cet égard.

S'agissant de la concurrence, je n'y suis pas favorable si cela se fait selon le modèle OSSI des États-Unis, où il y a une concurrence des prix. Je suis pour la concurrence si elle se fonde sur deux principes essentiels: l'efficacité et le résultat. Le modèle ontarien ne tient pas compte des résultats, mais il vise à accroître l'efficacité, puisque les hôpitaux efficaces obtiennent un financement complémentaire l'année suivante. Toutefois, ce n'est pas un modèle qui tient compte de la variabilité entre les cas. Je ne sais pas si c'est l'exemple parfait. Il serait souhaitable, selon moi, qu'on adopte un système de négociation des tarifs au cas par cas. Je crains que les centres universitaires y perdent, à cet égard.

Je préfère une formule liée à un modèle de financement plutôt qu'aux volumes individuels, mais tout en incitant les établissements à être plus efficaces et à accroître leurs volumes.

Pour conclure, j'appuie l'orientation générale du rapport. Je serais heureux de fournir des renseignements complémentaires ou de faire d'autres études requises par le comité, comme je l'ai dit au sénateur Kirby. À mon avis, il vaudrait vraiment la peine d'accorder une attention particulière à l'établissement d'un mode de financement des centres universitaires et de confier éventuellement le rôle de chef de file dans ce dossier à un établissement comme l'ICIS. Il serait également très utile d'allouer des fonds distincts à la mise en place de nouvelles technologies et d'essayer de faire progresser l'ensemble du pays au même rythme.

Le recours aux incitatifs par opposition aux sanctions ne fera que maintenir les centres de soins actifs en haut de l'échelle des services qu'ils offrent, sans nous mettre pour autant en concurrence avec les hôpitaux communautaires au risque de perdre ce que nous avons actuellement.

M. Glenn G. Brimacombe, président-directeur général, Association canadienne des institutions de santé universitaires: À ce tournant de l'histoire de notre pays, l'Association est heureuse de pouvoir participer de façon constructive au débat public sur l'avenir des soins de santé au Canada et, notamment, sur le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé. Je signale en passant que notre présidente, Mme Sheila Weatherill, regrette

regrets that she was not able to attend. She is attending today a post-Mazankowski implementation committee in Edmonton.

The Association of Canadian Academic Healthcare Organizations, known as ACAHO, represents more than 40 teaching centres and regional health authorities with jurisdictional responsibilities for teaching institutions. Members range from single hospital organizations to multi-site, multi-dimensional regional facilities, and provide clinical programs ranging from primary care to highly specialized tertiary and quaternary health care services.

The distinguishing characteristic of the association is that its members represent all of the principal teaching and health research sites for Canada's health care professionals. This includes the faculties of medicine and other faculties of health including nursing, pharmacy, dentistry and many colleges with professionals in health, including physiotherapy, rehabilitation, laboratory technicians, respiratory therapists, speech therapists and social workers.

It also bears mentioning that the association was formerly known as the Association of Canadian Teaching Hospitals — or ACTH — and is over 50 years old. The name change reflects the different governance structures that come with the introduction of regionalized health care systems across the country, with the exception of Ontario.

While teaching centres appear to be relatively small in terms of numbers, it is important to keep in mind that our members have total health budgets in excess of \$16 billion, of which more than 90 per cent is derived from the public sector. This means that approximately 50 per cent of public monies devoted to hospitals are allocated to teaching hospitals. Framed slightly differently, members of ACAHO account for almost \$1 out of every \$6 allocated to the health care system. In addition, they employ more than 150,000 Canadians across the country.

The mission and mandate of members of ACAHO is threefold: first, to provide Canadians with timely access to quality specialized health care services; second, to provide the setting wherein Canada's health care professionals of tomorrow receive their hands-on education and training; and third, to provide the necessary infrastructure to support and conduct basic and applied health research, medical discovery and innovation.

Given this unique combination of responsibilities, ACAHO is of the view that we are an essential hub in the health care system and can make an important and constructive contribution to the public dialogue on the future of health care in Canada.

It also bears mention that our members serve not only local and community heath needs but also respond to regional, provincial and interprovincial requirements. By virtue of our mission and mandate, members of ACAHO would agree with those who would define our role as a national resource in the system.

vivement de n'avoir pas pu se joindre à nous aujourd'hui. Elle participe à une réunion du Comité de mise en oeuvre post-Mazankowski à Edmonton.

L'Association canadienne des institutions de santé universitaires, ou ACISU, représente plus de 40 centres d'enseignement et administrations de santé régionales responsables au niveau provincial des établissements d'enseignement. Les membres de l'Association vont de simples hôpitaux à des installations régionales polyvalentes comptant plusieurs centres, et offrent des programmes cliniques qui vont des soins primaires à des services de soins tertiaires et quaternaires hautement spécialisés.

Ce qui distingue l'Association des autres, c'est que ses membres représentent tous les principaux centres d'enseignement et de recherche en santé auxquels ont accès les professionnels canadiens de la santé. Cela englobe les facultés de médecine et autres facultés de santé, notamment en soins infirmiers, pharmacie, soins dentaires et de nombreux collèges regroupant des professionnels de la santé, notamment des physiothérapeutes, des spécialistes en réadaptation, des techniciens de laboratoire, des inhalothérapeutes, des orthophonistes et des travailleurs sociaux.

Je crois aussi qu'il y a lieu de mentionner que l'Association portait auparavant le nom d'Association canadienne des hôpitaux d'enseignement, ou ACHE, et qu'elle existe depuis plus de 50 ans. Si l'organisme a changé de nom, c'est en raison de l'évolution de ses structures administratives, qui reflètent la création de systèmes de santé régionalisés partout dans notre pays, sauf en Ontario.

Il semble y avoir assez peu de centres d'enseignement hospitaliers, mais en dépit de cela, le total des budgets de la santé de nos membres dépasse les 16 milliards de dollars dont 90 p. 100 nous viennent du secteur public. Cela signifie que près de 50 p. 100 des crédits accordés aux hôpitaux sont acheminés vers les hôpitaux d'enseignement. Autrement dit, les membres de l'Association canadienne des institutions de santé universitaires reçoivent 1 \$ sur les 6 \$ accordés au système de santé. En outre, ils emploient plus de 150 000 Canadiens.

La vocation et le mandat des membres de l'ACISU sont triples: il s'agit d'abord de donner aux Canadiens un accès sans délai à des services de santé spécialisés de qualité; en second lieu, de fournir aux professionnels de la santé canadiens de demain les lieux où ils pourront recevoir leur formation pratique; troisièmement, de mettre à la disposition des chercheurs les infrastructures nécessaires à la recherche fondamentale et appliquée, aux découvertes médicales et à l'innovation.

Étant donné ces responsabilités uniques, l'Association estime représenter un élément essentiel du système de santé, et être en mesure de contribuer de façon constructive au débat national sur l'avenir des services de santé au Canada.

Il est bon aussi de rappeler que nos membres ne se contentent pas de desservir les collectivités locales et communautaires, mais qu'ils répondent aussi aux besoins régionaux, provinciaux et interprovinciaux en matière de santé. Compte tenu de sa mission et de son mandat, les membres de l'ACISU seraient donc d'accord avec ceux qui les considèrent comme une ressource nationale du système de santé.

For today's session, the committee has asked the association to focus on three specific questions that arise from the recommendations in the committee's recent report. As set out in the committee's report, there is a sequence of recommendations that begin with a change in the manner in which hospitals are funded: that is, from a global budget basis to a service-based funding approach.

In the view of the association, it is essential that the recommendations be considered within two important and related public policy dimensions. The first is: What does the recommendation intend to achieve more clearly? What are its specific policy ends? The second is: By what mechanism will the recommendation be implemented? That is, what are the policy means?

Based on a preliminary assessment of the report, it would appear that a number of important policy objectives underpin the committee's recommendation. Issues of improved system accountability, performance measurement, increased efficiency and cost effectiveness and their relationship to improved health outcomes and patient access to quality health care are laudable and, in some sense, inviolable. Members of ACAHO have long been supporters of these system-based policy objectives and continue to work diligently to find ways to make teaching centres more responsive, accountable and innovative.

In this context, it should be noted that on an ongoing basis members of ACAHO are working to develop and refine clinical, operational, quality and utilization management indicators to maximize the cost-effectiveness of each dollar allocated.

The more complex question has to do with the series of initiatives that are required to achieve these important health policy objectives. When it comes to the proposition of introducing service-based funding, we note the committee's observation that another form of payment may need to be considered for teaching hospitals where clinical activities are intermingled with teaching and research, and services are frequently one of a kind.

This statement highlights two important points for ACAHO. First, the mission and mandate of teaching centres is unlike any other organization in the health care system. In addition to the provision of specialized health care services, teaching centres are critical to the training of the next generation of Canada's best and brightest health care professionals. They also provide the large majority of necessary infrastructure to support and conduct basic and applied health research, medical discovery and innovation.

Aux fins de la réunion d'aujourd'hui, le comité a demandé à notre association de se concentrer sur trois questions précises découlant des recommandations de son récent rapport. Ainsi, le rapport du comité comporte toute une série de recommandations, dont la première consiste à adopter un nouveau système de financement des hôpitaux, c'est-à-dire de passer d'un financement global à un financement fondé sur les services dispensés.

Aux yeux de l'Association, il est primordial d'étudier ces recommandations dans la perspective de deux importantes orientations politiques, qui sont d'ailleurs liées. La première consiste à savoir ce que la recommandation cherche à réaliser plus clairement. Quels sont ses objectifs précis? La seconde porte sur les moyens: De quel mécanisme va-t-on se servir pour mettre la recommandation en oeuvre? De quels moyens dispose-t-on au niveau de la politique?

Après un premier examen du rapport, on peut conclure que certains importants objectifs stratégiques sous-tendent la recommandation du comité. Cela dit, les enjeux comme une plus grande reddition des comptes du système de santé, des mesures objectives du rendement, une plus grande efficacité et une rentabilité accrue, et leur lien avec de meilleurs résultats pour la santé et un accès plus sûr à des services de santé de qualité sont louables, et à certains égards, inviolables. Cela fait d'ailleurs longtemps que les membres de l'ACISU appuient de tels objectifs pour le système, et continuent à rendre les hôpitaux d'enseignement plus attentifs aux besoins de la population, plus axés sur la reddition des comptes et plus novateurs.

Dans ce contexte, il importe de souligner que les membres de l'ACISU travaillent constamment à la conception et à la mise au point d'indicateurs de gestion portant sur les activités cliniques et opérationnelles, ainsi que sur la qualité et l'utilisation des services, afin de maximiser l'efficacité de chaque dollar qui leur est accordé.

On arrive ensuite à la question plus complexe de savoir par quels moyens on réussira à atteindre ces importants objectifs en matière de santé. Au sujet de la proposition de passer à un système de financement fondé sur les services, nous avons remarqué l'observation du comité voulant qu'on envisage peutêtre une autre forme d'appui aux hôpitaux d'enseignement, où les activités cliniques vont de pair avec l'enseignement et la recherche, et où on offre souvent un seul genre de services.

Ce passage souligne l'importance de deux points aux yeux de l'ACISU. D'abord, la vocation et le mandat des hôpitaux d'enseignement les distinguent de tous les autres organismes oeuvrant dans le système de santé. Outre des services de santé spécialisés, les hôpitaux d'enseignement dispensent aussi des cours d'une importance primordiale pour la formation de la prochaine génération des meilleurs professionnels de la santé du Canada. Ils constituent aussi la grande majorité des infrastructures dont on a besoin pour effectuer et soutenir la recherche fondamentale et appliquée, les découvertes médicales et l'innovation.

Given that our members are unique in terms of their structure, they are also funded by a series of different actors in the system. It is also important to understand that the sources of funding contribute in different proportions to the fulfilment of the teaching centres' mission and mandate.

The second point that is noted by the committee is the fact that, by the very nature of teaching centres and their multiple roles and responsibilities, the notion of introducing a competitive funding model is not consistent with the fact that teaching centres are generally not in competition with the other institutions in the provision of services. Rather, if anything, teaching centres are viewed as an institution of last resort for the majority of intractable and complicated patient illnesses that cannot be provided by other acute care institutions.

In many instances, patients who receive care at teaching centres are presenting with a severe and complete multiple-systems illness. Given this reality, a service-based funding approach could be a challenge where an institution is to receive the same province-wide fee for performing a given medical procedure or service, notwithstanding the requirements of teaching, education and health research. At the same time, the number of recent health reform initiatives in Canada tells us that teaching centres are moving away from the notion of having overlapping or duplicative service structures. More specifically, they are looking to streamline and consolidate the spectrum of specialized health care services within an increasingly integrated organization and cohesive management and delivery framework.

The other issue that seems to warrant further discussion with the recommendation to introduce a more competitive environment in the provision of health care is its underlying assumptions. More specifically, under a competitive model it is assumed there are a number of suppliers or providers who are willing and prepared to bid on delivering a defined basket of health care services. To allow the model to function in terms of achieving additional efficiencies, there needs to be a critical mass of providers in relation to the demand for services.

On the basis of concerns that have been raised by a number of groups, including this committee, one would be how the model would function in a world where there are shortages in the number of suppliers who could compete to provide services. Under this scenario, one might envision a more limited competitive bidding process, with one result being the interplay of a concentrated or restricted group of providers in a seller's market.

Another practical issue that the committee's report identified is that the hospital should pay only after the service has been provided. Given the emphasis that has been placed on the need for financial stability and predictability in the system to effectively plan service delivery on behalf of Canadians, this approach could do more to destabilise the planning cycle of hospitals. Recently, in

La structure unique de notre association explique que nos membres soient financés par divers intervenants du système de santé. Il faut également garder à l'esprit que les sources de financement contribuent dans des proportions différentes à notre mission et notre mandat.

Le comité note en second lieu que, de par leur nature même ainsi que leurs multiples rôles et responsabilités, les hôpitaux d'enseignement se prêtent mal au modèle de financement axé sur la concurrence, car justement, ce genre de centres ne fait d'habitude pas concurrence aux autres établissements en matière de prestation de services. En fait, dans la majorité des cas de maladies incurables et complexes, que les établissements de soins de courte durée ne peuvent prendre en charge, les centres d'enseignement sont le dernier recours.

Dans bien des cas, les malades soignés dans des centres d'enseignement souffrent de maladies graves et à symptomatologie multiple. Compte tenu de cela, il serait difficile d'accorder un financement fondé sur les services, c'està-dire en fonction duquel on rembourse un service médical au même niveau que dans le reste de la province, et ce en dépit des exigences supplémentaires que représentent l'enseignement, la formation et la recherche en santé. En même temps, si l'on se reporte aux récentes initiatives canadiennes de réforme de la santé, on peut en conclure que les hôpitaux d'enseignement s'éloignent de structures où les services se chevauchent ou font double emploi. De façon plus précise, on peut dire que ces centres d'enseignement s'efforcent de rationaliser et de concentrer la gamme de leurs services spécialisés au sein d'une organisation de plus en plus intégrée et d'un cadre de gestion et de prestation de services cohérent.

À part cela, il faudrait probablement discuter des hypothèses sur lesquelles s'appuie la recommandation de créer un milieu plus compétitif pour la prestation des soins de santé. Dans un modèle compétitif, on suppose qu'un certain nombre de fournisseurs de services seront disposés et prêts à soumissionner pour fournir un groupe de services de santé précis. Or, pour qu'un tel modèle rende vraiment le système plus efficace, il faut une masse critique de fournisseurs par rapport à la demande.

Certaines préoccupations ont été soulevées à cet égard, y compris par le comité. On s'est demandé par exemple comment un tel modèle fonctionnerait dans monde où il n'y a pas suffisamment de fournisseurs pour se faire concurrence. Cela pourrait bien se traduire par un processus d'appel d'offres plus limité, débouchant sur un nombre concentré ou restreint de fournisseurs dans un marché vendeur.

Dans son rapport, le comité a aussi souligné une autre question pratique à savoir que les hôpitaux devraient payer qu'une fois le service fourni. Étant l'importance accordée à la stabilité financière et à la prévisibilité du système de santé pour planifier efficacement les services offerts aux Canadiens, une telle approche aurait des effets déstabilisateurs sur le cycle de planification des hôpitaux.

the Speech from the Throne, the Government of Ontario has committed to a multi-year funding framework for hospitals.

In sum, the Standing Senate Committee should be commended for placing another policy option on the table to be considered when funding hospitals in Canada. That said, ACAHO holds the view that there is limited application of this model's approach given the mission and mandate of teaching centres in Canada.

In closing, from the perspective of ACAHO, we are very supportive of the policy principles that the committee has identified when it comes to improving funding, organization, management and delivery of quality patient care services to Canadians. To continue our ability to effectively manage, we need to better monitor and measure how we allocate scarce resources in the system. At the same time, there is a need to ensure that the system has the needed health information infrastructure to ensure that sound policy decisions are based on reliable information.

We hope that these remarks of are of value to the committee and ACAHO looks forward to being an active and constructive partner in the national dialogue about the federal government's role in heath care.

The Chairman: Mr. Empey, you said the Alberta model for funding teaching hospitals involves a separate teaching component. Can you tell us how that works?

Mr. Empey: I am led to believe that Alberta struggled with the same issues as Ontario, and came up with what is called a "superteaching" factor. Only the large teaching institutions received a set amount of funding, then it was removed from the rest of the provincial funding model.

Mr. Brimacombe: My understanding would be similar to Mr. Empey's.

The Chairman: Could you obtain a detailed summary of that for us?

Mr. Brimacombe: Certainly. I would be happy to do so.

The Chairman: That would be useful. It is particularly important for us to understand if they have, in some sense, separated funding the teaching exercise from funding the service exercise.

Senator Morin: I have three short questions. My first one is to Mr. Rochon. What do you see as the federal role in hospital funding reform in Canada?

Mr. Rochon: The federal government's participation in paying for services using that lever, particularly as the federal government's investment increases, will allow the kind of change you are suggesting in this report. The basic responsibility of provincial governments for the provision of health services should not change. However, you should use your

Récemment, dans le discours du Trône, le gouvernement de l'Ontario s'est engagé à mettre en oeuvre un cadre de financement des hôpitaux pluriannuel.

Pour résumer, il y a certainement lieu de féliciter le comité sénatorial d'avoir proposé une autre option pour le financement des hôpitaux au Canada. Cela dit, l'ACISU est d'avis qu'un tel modèle convient très peu aux hôpitaux d'enseignement étant donné leur mission et leur mandat.

En guise de conclusion, l'ACISU appuie tout à fait les principes proposés par le comité afin d'améliorer le financement, l'organisation, la gestion et la prestation de services de santé de qualité aux Canadiens. Pour continuer à gérer efficacement nos ressources, nous avons besoin de meilleurs mécanismes de suivi et de mesures plus exactes de l'affectation de nos maigres ressources au sein du système. Toutefois, il faut aussi veiller à ce que ce même système dispose de l'infrastructure d'information sur la santé dont il a besoin pour fonder ses décisions politiques sur des données fiables.

Nous espérons que ces quelques remarques seront utiles au comité. L'ACISU se réjouit de participer de façon active et constructive au débat national sur le rôle du gouvernement fédéral en matière de santé.

Le président: Monsieur Empey, vous avez dit que le modèle albertain de financement des hôpitaux universitaires prévoit une composante distincte pour l'enseignement. Pouvez-vous nous dire comment cela fonctionne?

M. Empey: On me dit que l'Alberta a eu les mêmes difficultés que l'Ontario et qu'elle a trouvé ce que l'on appelle un facteur de «super enseignement». Seuls les grands établissements universitaires recevaient un montant établi de financement. Ensuite, il a été retiré du reste du modèle de financement provincial.

M. Brimacombe: Je crois avoir les mêmes informations que celles de M. Empey.

Le président: Pourriez-vous nous obtenir des renseignements précis à ce sujet?

M. Brimacombe: Bien sûr. Je serai ravi de le faire.

Le président: Ce serait utile. Il nous est particulièrement important de comprendre si, d'une certaine façon, on a séparé le financement de l'enseignement proprement dit du financement du service.

Le sénateur Morin: J'ai trois brèves questions. La première s'adresse à M. Rochon. Quel est, selon vous, le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la réforme du financement des hôpitaux au Canada?

M. Rochon: La participation du gouvernement fédéral au financement des services exerce un effet de levier, surtout à mesure qu'augmente l'investissement du gouvernement fédéral. Cela permettra le type de changement que vous proposez dans ce rapport. La responsabilité de base des gouvernements provinciaux, c'est-à-dire la prestation des services de santé, ne

participation in the funding of service to stimulate the kind of change you are recommending here.

Senator Morin: Can you be more specific? Are you saying the funding should be conditional to health services funding, or something like that?

Mr. Rochon: I think we do not specify what we expect for the money that is put into the system. All levels, whether it be a federal or provincial provider, can hide behind the vagueness of the current system. There is a real argument to be made that you need to specify what you are paying for and why, and make funding conditional on certain obligations being met. My understanding of your report is that you are suggesting clear accountability.

Senator Morin: How would you react to receiving conditional funding if you were assistant deputy minister of health in Ontario?

Mr. Rochon: I would have welcomed a clear signal from the federal government about what it expected for the money it put into the pool.

Senator Morin: That is a very clear answer. Mr. Empey, I am referring to the written report. You did not mention it this afternoon in your oral submission. It deals with physician remuneration in hospitals. We did not have a chance to discuss this point at any great length. The last paragraph of your submission states that some hospitals have already begun to move physicians to alternative funding arrangements. Most physicians, especially in teaching hospitals, have a pooling of fee for service. I did not know about that, and especially the last sentence here:

The experience, however, is that volume of service has typically declined where a centre has converted to an alternative funding plan.

That is my worry about alternative funding including family physicians. Do you have any specifics on that? Can that compromise the mission of a hospital as the volume of service decreases? At one point, would it be able to fulfil its mission towards a given community?

Mr. Empey: I have two different answers. First, let me provide a little more detail for you. There are two different examples in Ontario. The Hospital for Sick Children and the Kingston General Hospital have plans where the doctors are all on alternate payment plans, every physician and surgeon in those two institutions.

The Ontario government has made it a priority to negotiate plans at the academic centres, and my institution in particular asked to be one of the leading ones. We are under negotiations devrait pas changer. Toutefois, le gouvernement fédéral devrait utiliser sa participation au financement du service pour favoriser le type de changement que vous recommandez.

Le sénateur Morin: Pouvez-vous être plus précis? Dites-vous que le financement devrait être accordé à condition d'être consacré aux services de santé, ou quelque chose d'approchant?

M. Rochon: Je crois que nous ne précisons pas ce que nous attendons en échange des sommes investies dans le système. Tous les paliers gouvernementaux, qu'il s'agisse du fédéral ou du provincial, peuvent se cacher derrière le flou du système actuel. On peut vraiment soutenir qu'il faut préciser ce pourquoi on paye et pour quelle raison, et préciser que le financement est accordé sous réserve du respect de certaines obligations. D'après ce que je lis dans votre rapport, vous proposez une reddition des comptes précise.

Le sénateur Morin: Comment réagiriez-vous à l'obtention de fonds assortis de conditions si vous étiez le sous-ministre adjoint à la santé en Ontario?

M. Rochon: J'aurais accueilli positivement que le gouvernement fédéral dise clairement ce qu'il attend en échange de l'argent qu'il investit dans le fonds commun.

Le sénateur Morin: Voilà une réponse très claire. Monsieur Empey, je me reporte à votre mémoire écrit. Vous n'avez pas dit cela, cet après-midi, lors de votre exposé. Il s'agit de la rémunération des médecins dans les hôpitaux. Nous n'avons pas eu l'occasion de discuter de cette question longuement. Au dernier paragraphe de cette partie de votre texte, vous dites que certains hôpitaux ont déjà commencé à adopter de nouvelles formules de rémunération pour leurs médecins. La plupart des médecins, particulièrement dans les hôpitaux universitaires, sont rémunérés à partir d'un bassin commun des rémunérations à l'acte. Je ne le savais pas et, surtout, j'ignorais ce que vous dites dans cette phrase-ci:

Il est établi cependant qu'en général, le volume des services a baissé dans les centres qui ont adopté une formule de financement différente.

C'est ce qui m'inquiète des formules de financement différentes, y compris celle qui concerne les médecins de famille. Avez-vous des précisions à ce sujet? Cela peut-il compromettre la mission d'un hôpital, à mesure que le volume des services baisse? Parvenu à un certain niveau, cet hôpital serait-il capable de respecter son mandat à l'endroit d'une collectivité donnée?

M. Empey: J'ai deux réponses différentes. Premièrement, permettez-moi de vous fournir un peu plus de détails. Il y a deux exemples différents en Ontario. Le Hospital for Sick Children (Hôpital pour enfants malades) et le Kingston General Hospital (Hôpital général de Kingston) ont des régimes en vertu desquels tous les médecins, qu'ils soient médecins ou chirurgiens, sont tous rémunérés selon un régime différent du régime classique.

Le gouvernement de l'Ontario s'est donné la priorité de négocier des régimes dans les centres universitaires et, en particulier, l'établissement pour lequel je travaille a demandé à with the government right now for physicians, surgeons and anesthesiologists. We feel we need it as it does tie into the volume issue.

We have some services, such as our ENT, where we have three doctors specializing in head and neck oncology. They are handling all our cases that are from 8 to 12 hours in length. They do not make much money from that so they fill in their other OR day with very light cases, not the type of work that UHN should be doing.

We would like them to be well paid for doing those head and neck oncology cases that our institution should be doing. The consequence of that would be that our number of cases would drop, because if they only did those, and they would argue that they could never do just those cases and stay sane, they would be doing one surgical case instead of five, and the amount of cases would still drop.

What I am referring to in the other institutions is not so much the in-patient volume dropping, but rather the ambulatory volume dropping dramatically. Ontario is, as part of their negotiations, demanding that there be volume commitments as part of the commitment for payment under an alternate plan. We think that is a very good way to go.

The Chairman: What does "alternate plan" mean to the layperson?

Mr. Empey: Every physician, whether a GP, surgeon or neurosurgeon in an academic centre, is paid on a fee-for-service basis. An alternate payment plan turns it into a salary, which is a term they all dislike. They are committing to a certain volume and they are receiving a fee from the government directly. It does not necessarily have to go through the institution. You might agree that a neurosurgeon gets \$300,000 a year, and he is allowed to allocate some of his or her time between teaching, research and clinical work.

Senator Morin: Is it a euphemism for salary?

Mr. Empey: Yes, that is why I used the word.

The Chairman: I am happy for you to call it "alternate payment," if that makes people happy. How do you ensure the minimum service levels?

Mr. Empey: Ontario is putting forward a contract among, as Senator Morin says, the practice plan, the group of doctors and the government, and they will be contracting to deliver certain amounts of volumes for their payment.

The Chairman: The group as a whole, or individuals?

être l'un des premiers visés. Nous négocions actuellement avec le gouvernement les conditions de rémunération des médecins, des chirurgiens et des anesthésiologistes. Nous jugeons en avoir besoin, parce que cela est justement lié à la question du volume.

Nous avons certains services, comme celui de l'oto-rhinolaryngologie, où nous avons trois médecins qui se spécialisent en oncologie de la tête et du cou. Ils s'occupent de tous les cas dont la durée est de 8 à 12 heures. Ils n'en tirent pas beaucoup d'argent, et ils remplissent donc le reste de leur journée en salle d'opération avec des cas très légers, pas avec le type de travail que devrait faire l'UHN.

Nous voudrions qu'ils soient bien rémunérés pour ces services d'oncologie cervico-faciale, dont notre établissement devrait s'occuper. La conséquence de cela serait que le nombre de cas que nous traitons diminuerait, parce que si ces médecins ne s'occupaient que de cela, et ils soutiendraient qu'ils ne pourraient se contenter de faire uniquement ces cas tout en conservant leur propre santé mentale, ils ne feraient qu'une chirurgie au lieu de cinq, et le nombre de cas diminuerait évidemment.

Ce dont je parle, pour les autres établissements, ce n'est pas tant la diminution du volume des services aux hospitalisés, mais plutôt la chute draconienne du volume des soins ambulatoires. Dans le cadre des négociations, l'Ontario exige des engagements quant au volume comme condition au paiement selon un régime de remplacement. Nous pensons que c'est une très bonne voie à suivre.

Le président: Pour les non-initiés, qu'est-ce qu'on entend par «régime de remplacement»?

M. Empey: Tout médecin dans un centre universitaire, qu'il soit omnipraticien, chirurgien ou neurochirurgien, et payé selon un barème de rémunération à l'acte. Le régime de rémunération de remplacement transforme cela en un traitement, terme que tous ces médecins répugnent à utiliser. Ils s'engagent à respecter un certain volume et ils reçoivent directement du gouvernement des honoraires fixes. Cela ne doit pas nécessairement transiter par l'établissement. On peut convenir qu'un neurochirurgien obtient 300 000 \$ par année, et il peut répartir son temps entre l'enseignement, la recherche et le travail clinique.

Le sénateur Morin: Est-ce que c'est un euphémisme pour ne pas dire traitement?

M. Empey: Oui, et c'est pour cela que j'ai utilisé ce mot.

Le président: Je suis content d'appeler cela une «rémunération de remplacement», si cela rend les gens heureux. Comment assurez-vous le minimum de service?

M. Empey: L'Ontario propose un contrat, un régime de pratique, comme le dit le sénateur Morin, entre le groupe de médecins et le gouvernement. Les médecins s'engagent contractuellement à offrir certains volumes de services en échange de leur rémunération.

Le président: Est-ce que c'est versé au groupe dans son ensemble, ou à chaque individu?

Mr. Empey: In our case, they are trying to keep it at the group level rather than individual.

The Chairman: Your contract is for a lump sum to the group, not to the individual, is that right? The group allocates it among the individuals?

Mr. Empey: Yes.

The Chairman: The analogy would be a law partnership where the partnership allocates partnership shares at the end of the year.

Mr. Empey: Therefore, the partnership is allowed to treat the members differentially, absolutely.

The Chairman: Which they cannot under the fee-for-service basis?

Mr. Empey: They can, under the fee-for-service basis. Every physician at UHN and Mount Sinai is in a practice plan, and all their billings and earnings, whether it be administration, presentations or clinical work, go into the practice plan, and they are paid a salary from that practice plan today. They get bonuses and other performances things, but they are getting a salary back from the practice plan.

Senator Morin: That is universal throughout the country.

Mr. Rochon: The other thing that has happened in Ontario to stimulate this, because it is voluntary among the academic health sciences centres, is that the government has allocated a little additional money to put into the pools that are established in academic health science centres for physicians. It is about \$75 million. Estimates are that that equates to about 5 per cent of the total fee-for-service billing in academic health science centres, and the view is that it is not enough money. The first organizations into the pool will essentially empty it, and the government will have to make a decision about putting more money in.

The Chairman: In other words, increasing the carrot?

Mr. Rochon: That is correct.

The Chairman: You may have been here earlier when we were told that GPs in Ontario do not find 16 or 20 per cent a big enough carrot.

Mr. Rochon: In my spare time, I am a Director of the Ontario Family Health Network. We must do a better job of selling the lifestyle changes that physicians can experience through the development of family health networks.

The Chairman: A beneficial change.

Mr. Rochon: Exactly. We do not do a good enough job of selling that right now.

The Chairman: In economic terms, it would have value.

M. Empey: Dans notre cas, l'Ontario essaye de prévoir une rémunération pour l'ensemble du groupe plutôt que pour chaque individu.

Le président: Votre contrat prévoit le montant d'un forfait pour le groupe, et non un montant pour chaque personne, c'est bien cela? C'est le groupe qui répartit cette somme entre ses membres?

M. Empey: Oui.

Le président: Par analogie, c'est comme un cabinet d'avocats où chaque associé reçoit ses parts d'association à la fin de l'année.

M. Empey: Et, par conséquent, l'association a le droit de traiter chaque membre différemment, c'est bien vrai.

Le président: Ce qu'elle ne pourrait pas faire en vertu du principe de la rémunération à l'acte?

M. Empey: Elle le pourrait, en vertu du principe de rémunération à l'acte. Chaque médecin de l'UHN et de Mount Sinai est inscrit à un régime de pratique et tous ses gains, qu'ils proviennent de tâches administratives, de la présentation d'exposés ou de travaux cliniques, sont versés dans le régime de pratique. Ensuite, le régime de pratique verse un traitement aux médecins. Ils obtiennent des primes et d'autres avantages au rendement, mais le régime de pratique leur verse un traitement.

Le sénateur Morin: C'est généralisé, partout au Canada.

M. Rochon: Ce qui s'est également produit en Ontario, pour stimuler ce genre de choses, car il s'agit d'une adhésion volontaire pour les centres universitaires de sciences de la santé, c'est que le gouvernement a accordé un peu d'argent supplémentaire à investir dans le fonds commun des médecins des centres universitaires des sciences de la santé. Cela représente environ 75 millions de dollars. D'après les calculs, cela correspond à environ 5 p. 100 du total des montants facturés au titre de la rémunération à l'acte dans les centres universitaires des sciences de la santé, et on considère que ce n'est pas un montant suffisant. Essentiellement, les premiers organismes à adhérer au fonds commun vont le vider, et le gouvernement devra décider s'il ajoute de l'argent ou non.

Le président: Autrement dit, s'il agrandit la carotte?

M. Rochon: C'est exact.

Le président: Vous étiez peut-être ici un peu plus tôt, lorsqu'on nous a dit que les omnipraticiens de l'Ontario ne trouvent pas que 16 ou 20 p. 100 soient une carotte de taille suffisante.

M. Rochon: Pendant mes heures de loisirs, je suis membre du Conseil d'administration du Ontario Family Health Network (Réseau ontarien de la santé familiale). Nous devrions mieux faire la promotion des changements des modes de vie que peuvent connaître les médecins grâce à l'instauration de réseaux de la santé familiale.

Le président: Changement bénéfique.

M. Rochon: Tout à fait. Nous ne faisons pas bien la promotion de cela actuellement.

Le président: Du point de vue économique, cela aurait une certaine valeur.

Senator Morin: My last question is to Mr. Brimacombe, and it deals with the academic health care centres. We did have a chance to talk about it, and I hope we will have a chance to come back to it. Mr. Jeff Lozon referred to it on two occasions, once in Toronto and here three weeks ago, that there should be a national network of academic health care centres. The federal government should support them directly, as we support, for example, the universities with indirect costs for research because of the very special role that these centres play in manpower, training and research innovation, information technology and so forth. There may be specific funding from the federal government for these academic health care centres. Would you like to comment on that, Mr. Brimacombe?

Mr. Brimacombe: It is worthwhile mentioning that it has been Mr. Lozon's view, but he is having a large influence on the association in terms of developing a document that will shortly be coming to you on this issue.

Given the trinity with regard to patient care, teaching education and health research, and by virtue of what teaching centres do in terms of it being national in each level of the mission and mandate, certainly, if teaching centres are a national resource and that there is a role for the federal government since it cuts across the country vis-à-vis those three areas, we will be putting orward a proposal that there should be federal funding. It is something that Dr. Barrett alluded to in the previous set of presentations, that there is a federal precedent with regard to an anvestment in this particular area.

Senator Keon: Mr. Rochon, you drew out the interesting concept of legislation on insured services. This is probably a worthy idea because things are very loose now, especially once you get out of the doctor/hospital area.

I assume that your thinking is that this does not interfere with he principles of the Canada Health Act. It would impact on inversality and accessibility but, as far as I can see, it would not affect the other three areas very much — perhaps portability, omewhat. It could be stand-alone legislation that would not in any way infringe upon or alter the Canada Health Act. Am I orrect?

Mr. Rochon: That is a reasonable reflection. One way to onsider it, and I have no experience in drafting legislation, is that here ought to be a way in which we can consider what is in the basket through, for example, regulation that would be subject to lebate and consideration, so that it is clear. There is a way for a group to be able to determine what is in and what is not, and to modify as technology changes and as the systems change.

Senator Keon: I would like comment on private delivery of publicly insured services. Once you get beyond the legislation, hings will be left out, and that is a different basket of goods. People will have to cover that out of their pocket or buy assurance. Within the basket that would be inside your legislation, articularly for the non-hospital services, it would seem to me

Le sénateur Morin: Je voudrais poser une dernière question à M. Brimacombe, au sujet des centres universitaires de soins de santé. Nous avons eu l'occasion d'en parler, et j'espère que nous aurons l'occasion d'y revenir. M.Jeff Lozon en a parlé à deux occasions, la première à Toronto, la deuxième ici, il y a trois semaines. Il a dit qu'il devrait y avoir un réseau national de centres universitaires de soins de santé. Le gouvernement fédéral devrait les appuyer directement comme, par exemple, il appuie les universités en ce qui a trait aux coûts indirects de la recherche en raison du rôle très particulier que jouent ces centres en matière de formation de la main-d'oeuvre, d'innovation en recherche, de technologie de l'information, et cetera. Il pourrait y avoir un financement spécifique accordé par le gouvernement fédéral pour ces centres universitaires de soins de santé. Voudriez-vous dire quelque chose là-dessus, monsieur Brimacombe?

M. Brimacombe: Il convient de signaler que cela représente les vues de M. Lozon, mais qu'il a beaucoup d'influence sur l'association, puisqu'on est en train de préparer un document sur cette question, qui paraîtra bientôt et vous sera communiqué.

Vu l'existence d'une trinité, c'est-à-dire les soins aux malades, l'enseignement et la recherche en santé, vu également que les centres universitaires jouent le rôle d'un organisme national à tous les niveaux de leur mandat, nous concluons certainement que les centres universitaires sont une ressource nationale et que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer, partout au Canada, dans ces trois domaines d'activité. Nous comptons donc proposer qu'il y ait financement fédéral. C'est une chose à laquelle M. Barrett a fait allusion, lors de la précédente série d'exposés, à savoir qu'il existe un précédent fédéral d'investissement dans ce secteur précis.

Le sénateur Keon: Monsieur Rochon, vous avez mentionné l'intéressant concept d'une loi sur les services assurés. Il s'agit probablement d'une idée qui mérite réflexion, parce que les choses sont très floues en ce moment, surtout dès que l'on sort du strict domaine médecin/hôpital.

Je suppose que, selon vous, cela ne dérange en rien les principes de la Loi canadienne sur la santé. Cela aurait une incidence sur l'universalité et l'accessibilité, mais, d'après ce que je constate, cela n'aurait pas beaucoup d'influence sur les trois autres domaines — sauf peut-être un peu la transférabilité. Ce pourrait être une loi distincte qui n'empiéterait d'aucune façon sur la Loi canadienne sur la santé ni ne la modifierait. Ai-je raison?

M. Rochon: Il s'agit là d'une réflexion raisonnable. Une façon d'envisager les choses, et je n'ai aucune expérience de la rédaction de mesures législatives, c'est qu'il devrait y avoir un moyen d'examiner ce que contient le panier. Cela pourrait, par exemple, se faire grâce à une réglementation assujettie à un débat et à un examen, afin que tout soit clair. Il doit y avoir moyen pour un groupe de décider ce qui est accepté et ce qui ne l'est pas, et de changer cela à mesure qu'évoluent la technologie et les systèmes.

Le sénateur Keon: Je voudrais avoir vos observations sur la prestation privée de services assurés par un régime public. Une fois que l'on dépasse le cadre de la mesure législative, certaines choses vont être exclues, et elles représenteront un panier différent. Les gens devront payer cela de leur propre poche ou acheter une police d'assurance supplémentaire. Au sein du panier

there would be considerable room for some private enterprise in the clinics. We are seeing it in some of the physiotherapy clinics now. I would like each of you to comment on the strengths or weaknesses of that concept.

Mr. Brimacombe: In fairness, the reflection of the Canadian system is that we already have private delivery, and for the most part you are referring to private delivery within the rubric of a publicly funded system. When you look at providers, whether they are physicians, physiotherapists or otherwise, we have private delivery within a publicly funded system. Many of them are incorporated. Not all, but many of them across the country have the opportunities that are extended to other small businesses as well in terms of the ownership and the factors of production, if I can put it that way.

What you are putting on the table clearly is contentious with regard to a number of views about the role of the private sector, but I do not think we can deny the fact that the private sector is already there with regard to ownership factors and productions, when it comes to core medical care in Canada that is publicly funded. "Publicly funded" implies that there are no user fees, no deductibles, no upfront, private co-pay that is associated. Access is unimpeded. From that standpoint, the idea you are putting forward is not new.

People are nervous around the issue of the for-profit sector: Is it not-for-profit or is it for-profit? We have Bill 11 in Alberta, and that has gone through a number of different litmus tests. I suppose the most interesting component or stage of that discussion will be the evaluation of Bill 11. That is a critical part that we have yet to see.

In terms of reacting just to the premise, I do not think involving the private sector is inherently evil, and it has not been, just by sheer reflection of the system, issues with regard to how it is regulated, monitored, quality assurance, standards, the role of the colleges in evaluating. The performance of these systems, perhaps, merits a look. That does not mean a system-wide complete rollout of the private sector but, in certain areas with the safeguards, there is nothing necessarily wrong, in principle, in taking a good close look at it.

Mr. Rochon: The distinction between who is paying and whether it is out of the public purse or the private purse is one that we continue to confuse with delivery. The distinction that you are drawing, Senator Keon, is very important. From my perspective, private delivery is an important feature of our system.

In our organization, it is a small part of it, but about 3.5 to 4 per cent of our total revenues come through competing for contracts. We go to the market. The main purchaser of service, if you will, is the Workplace Safety and Insurance Board of

qui se trouverait prévu par la loi, en particulier pour les services non hospitaliers, il me semble qu'il y aurait beaucoup de marge pour l'entreprise privée dans les cliniques. Nous voyons cela actuellement dans certaines des cliniques de physiothérapie. Je voudrais que chacun de vous me dise ce qu'il pense des points forts et des faiblesses de ce concept.

M. Brimacombe: Soyons honnêtes. Dans le système canadien, nous avons déjà des prestations de services privées. Pour l'essentiel, vous parlez de prestations privées dans le cadre d'un système de financement public. Lorsqu'on envisage des fournisseurs de services, qu'ils soient médecins, physiothérapeutes ou autres choses, nous constatons que nous avons des prestations de services privées au sein d'un système public. Beaucoup de ces fournisseurs de services sont constitués en personnes morales. Ils ne le sont pas tous, mais beaucoup d'entre eux au Canada bénéficient des avantages des entreprises privées, que ce soit pour les droits de propriété ou pour les facteurs de production, si je peux m'exprimer ainsi.

Ce dont vous parlez est évidemment controversé, si l'on tient compte d'un certain nombre de vues sur le rôle du secteur privé. Nous ne pouvons toutefois pas nier le fait que le secteur privé est déjà présent dans les soins médicaux de base publiquement financés au Canada, compte tenu justement de facteurs tels que le droit de propriété et le niveau de production. Par «financé publiquement» j'entends qu'il n'y a pas de frais imposés aux utilisateurs, et qu'il n'y a ni franchise, ni frais initiaux, ni cofinancement avec le secteur privé. Il y a libre accès. De ce point de vue-là, l'idée que vous présentez n'est pas nouvelle.

Les gens sont nerveux lorsqu'on parle du secteur à but lucratif: est-ce que c'est sans but lucratif ou avec but lucratif? Il y a le projet de loi 11, en Alberta, qui a été étudié sous bien des angles. J'imagine que la composante ou l'étape la plus intéressante de cette discussion sera justement l'évaluation du projet de loi 11. C'est un élément critique que nous ne connaissons pas encore.

Pour réagir donc à l'idée que vous avancez, je ne trouve pas malsain en soi de faire participer le secteur privé. Si l'on réfléchit simplement au système tel qu'il existe, cela n'a pas été mauvais. Songeons à des choses telles que la réglementation, la surveillance, l'assurance de la qualité, les normes, le rôle des collèges en matière d'évaluation. Le rendement de ces systèmes mérite peut-être un examen. Cela ne signifie pas qu'il faut faire intervenir tous azimuts le secteur privé dans l'ensemble du système, mais, dans certains domaines, avec des balises, il n'y a aucun mal en principe à examiner les choses de plus près.

M. Rochon: La question de savoir qui paye et la distinction entre les deniers publics et les fonds du secteur privé continue de semer la confusion lorsqu'on parle de prestations. La distinction que vous faites, sénateur Keon, est très importante. De mon point de vue, la prestation de services par le secteur privé constitue un élément important de notre système.

Dans notre organisme, une toute petite partie de l'ensemble de nos recettes, de 3,5 à 4 p. 100 nous provient de notre réponse à des appels d'offres. Nous répondons aux appels d'offres du marché. Le principal acheteur de services, pour ainsi dire, est la

Ontario. They come to the marketplace and say, "We need X services, defined as follows, and we would like proposals." In our organization we offer a large service to the Workplace Safety and Insurance Board that must make explicit performance requirements by the payer.

We have a different discussion when the people responsible for that program talk about development and what they want to do. As the CEO of the organization, I can tell you that it is a heck of a lot more fun to have that kind of discussion and to think about it in the context of clear accountability for that which you are being paid. If it means that someone else can do it better and we may lose a contract, we will get better and the next time around we will get it back.

I am not worried about the notion of competition, per se. I am worried that there are limits. You qualified competition by talking about non-hospital services as the starting point. I think that there are elements of the relationship between the purchaser and the provider that are close to being what you would find in a market. That relationship will allow you to push quality. You may not be able to say, "If you do not provide, we are going to walk across the street," because in most communities, there is no "across the street" available. What you can say is, "If you do not improve, maybe we can do something about changing the way the organization is operated." You can be clear about what you intend to do, however.

Part of the problem in health services over the last decade with shrinking budgets is that we were never clear what we wanted as that pie shrunk. Hospitals could continue to restrict service to the point where, theoretically, all they were paying at the end of the day could have been overhead. There was absolutely nothing in the system that would have provided intervention.

The Chairman: There was no outcomes-based measure at all, was there?

Mr. Rochon: No.

The Chairman: Do you have outcomes-based measures with the WSIB?

Mr. Rochon: Yes.

The Chairman: Do they know if you provide poor service?

Mr. Rochon: Yes.

The Chairman: By "poor service" I mean a poor outcome to a patient?

Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail de l'Ontario. Cet organisme lance des invitations publiques à soumissionner et déclare: «Nous avons besoin de tel et tel service, défini de la façon suivante, et nous voudrions recevoir des propositions.» Dans notre organisme, nous offrons à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail d'importants services pour lesquels le payeur établit des critères de rendement bien explicites.

Nous tenons des discussions différentes lorsque les personnes chargées de ce programme parlent de ce qu'elles veulent faire et de la façon de l'élargir. En qualité de PDG de l'organisme, je peux vous dire qu'il est beaucoup plus intéressant d'avoir une discussion de ce genre et de songer à la nécessité de rendre clairement des comptes sur le travail qui autorise que nous soyons payés. Il peut arriver parfois que quelqu'un d'autre puisse mieux faire les choses que nous et que nous perdions un contrat, mais cela signifie que nous allons nous améliorer et que, la fois suivante, c'est nous qui signerons le contrat de nouveau.

Ce n'est pas la concurrence en soi qui m'inquiète. Ce qui m'inquiète, c'est qu'il doit y avoir des limites. Vous avez abordé la question de la concurrence en parlant d'abord des services non hospitaliers. Je crois qu'il y a des éléments de la relation entre l'acheteur et le fournisseur qui se rapprochent de celle que l'on trouve sur le marché. Cette relation permet de favoriser la qualité. On ne peut peut-être pas dire: «Si vous ne nous fournissez pas ce service, nous allons aller de l'autre côté de la rue», parce que dans la plupart des localités, il n'y a rien de l'autre côté de la rue. Ce que l'on peut dire, c'est «si vous n'améliorez pas vos services, nous pouvons peut-être modifier la façon dont l'organisme fonctionne». On peut cependant être clairs quant à ses intentions.

Au cours de la dernière décennie, les budgets ont rétréci. Une partie du problème des services de santé, c'est que nous n'avons jamais dit clairement ce que nous voulions à mesure que le gâteau se rapetissait. Les hôpitaux auraient pu continuer à réduire le service jusqu'au point où, théoriquement, ils ne payeraient plus que les frais généraux. Il n'existait absolument rien dans le système qui permette d'intervenir.

Le président: Il n'existait aucune mesure d'évaluation fondée sur les résultats, c'est bien cela?

M. Rochon: Non.

Le président: Avez-vous des mesures fondées sur les résultats dans le cas de la CSPAAT?

M. Rochon: Oui.

Le président: Est-ce qu'elle sait si vous lui donnez du mauvais service?

M. Rochon: Oui.

Le président: Par «mauvais service», j'entends un résultat insatisfaisant pour un malade.

Mr. Rochon: Yes. They have managers who work with us on a regular basis and they are going to the market right now to discuss orthopaedic services. I believe it is a welcome change, and it is important for us to respond.

Mr. Empey: I totally agree with all the comments on WSIB. We are in the same market. We have a large contract with them for upper extremity and hand injury. As Mr. Rochon said, they are going out to tender for orthopaedic services and they actually want to see if hospitals will guarantee surgical services to them, in effect guarantee access to operating rooms. There are many aspects of our business that can be competitive, but that is because WSIB is funded to buy those services from anyone. It is not part of our "OHIP-insured" service in Ontario.

If I can return to the broader topic, I argue, when I am talking in my own institution, that to a degree we already are private. Everyone thinks public institutions, but we all have a separate board and we have a separate "contract" with our government to provide services. Let us say you establish a private hospital in Canada. A private hospital, as Mr. Rochon said, gets into the payer versus the funding entity; that is who is paying for the service. They will either charge the populace or they will receive a certain amount of funding from the government to run that private facility. To me, it is no different from what we are doing today.

The difference is that we have many handcuffs put on us as public institutions. I will give you a couple of examples. The hospitals in Ontario basically got into the private lab business in the mid-1990s, and the public labs, MDS and Dynacare — one of them I am in partnership with and we have a good relationship — managed to influence the government that these public institutions that were "funded by government money" were using that to have a competitive advantage against the private sector. We cannot win with that argument. We lose on that argument all the time, and so we get handcuffed and we are basically kicked out of that market. Therefore, the hospitals could no longer provide lab services to public entities.

There are other examples like that, one being outpatient care. If you had a sports injury, would you rather go to a private physiotherapy clinic or would you rather go to a sports medicine clinic attached to a hospital, with orthopaedic surgeons and anyone else you might need? The answer is pretty obvious, except to the institution. We are not allowed to charge for that because the patient is covered by OHIP, whereas the private clinic is allowed to charge. Therefore, most of us have chosen to

M. Rochon: Oui. La CSPAAT a des gestionnaires qui travaillent avec nous de façon continue et, en ce moment même, elle s'adresse au marché en vue d'obtenir des services orthopédiques. Je crois qu'il s'agit d'un changement opportun et j'estime qu'il est important que nous répondions.

M. Empey: Je suis entièrement d'accord avec toutes les observations faites au sujet de la CSPAAT. Nous sommes dans le même marché. Nous avons avec elle un grand contrat concernant les blessures aux membres supérieurs ou à la main. Comme l'a dit M. Rochon, elle fait un appel d'offres pour des services orthopédiques et elle veut en fait voir si les hôpitaux sont prêts à lui garantir des services chirurgicaux, à lui garantir l'accès à des salles d'opération. Il y a beaucoup d'aspects de notre travail qui peuvent se faire de façon concurrentielle, mais c'est parce que la CSPAAT est autorisée à acheter ces services à n'importe quel fournisseur. Cela ne fait pas partie des services assurés par le Régime d'assurance maladie de l'Ontario.

Permettez-moi d'aborder la question de façon plus générale. Dans mon propre établissement, je soutiens souvent que, dans une certaine mesure, nous sommes déjà une entreprise privée. Tout le monde croit que nous sommes des établissements publics, mais nous avons un conseil d'administration distinct et nous avons avec notre gouvernement un «contrat» de prestation de services. Supposons que vous établissez un hôpital privé au Canada. Comme l'a dit M. Rochon, dès qu'il s'agit d'un hôpital privé, il faut savoir qui paye et quel est l'organisme qui finance. Autrement dit, qui paye pour le service? Soit l'hôpital facture directement ses clients, soit il reçoit du gouvernement un certain financement pour gérer cet établissement privé. Pour moi, ce n'est pas différent de ce que nous faisons aujourd'hui.

La différence, c'est que nous avons de nombreuses menottes qui limitent nos mouvements en qualité d'établissements publics. Permettez-moi de vous donner des exemples. Au milieu des années 90, les hôpitaux de l'Ontario se sont, grosso modo, lancés dans le domaine d'activités des laboratoires privés. Ces derniers, MDS et Dynacare — j'ai un partenariat avec l'un «d'eux et nous avons une bonne relation — ont réussi à convaincre le gouvernement que ces établissements publics «financés avec des deniers publics» en profitaient pour avoir un avantage concurrentiel par rapport au secteur privé. Il nous est impossible de convaincre le gouvernement du contraire. Chaque fois que nous discutons de cette question, nos arguments pèsent moins lourd. Nous sommes donc ligotés et forcés de nous soustraire à ce marché. Les hôpitaux ne peuvent donc plus offrir des services de laboratoire à des organismes publics.

Il y a d'autres exemples du même type, dont celui des soins en clinique externe. Si vous vous blessez en faisant du sport, préférezvous aller à une clinique privée de physiothérapie ou à une clinique de médecine sportive liée à un hôpital et dotée de chirurgiens orthopédistes et de tout le personnel dont vous pourriez avoir besoin? La réponse est manifeste, sauf pour l'établissement. Nous n'avons pas le droit d'exiger des frais pour cela, parce que le malade est couvert par le RAMO, tandis que la

rationalize the outpatient services we provide because we are here to provide inpatient services as a core.

I do not mind, and I think it would be a great thing to open it up to the "private sector," but I think the system and the governments have to acknowledge that, to a degree, we institutions already are private. What is preventing us from acting like private is that we have rules put on us when we try to compete with the private sector.

Senator Keon: I want to ask you about a difficult issue. If you made a portion of your huge operation more privately based, how would you deal with the unions?

Mr. Empey: That is the biggest issue on a competitive nature, but there are ways that it can be dealt with. I was at Peel Memorial Hospital in Brampton when we outsourced our logistics function. The staff completely unionized. When it comes right down to it, the union contract says that no job will be lost due to outsourcing. It does not say that you cannot outsource. Depending on how the contract is written, you can just guarantee that no one will lose his or her job.

In today's environment, when there are so many shortages of staff, it is easy to say, "We will just move you to another job." However, we still tend to be restricted if we are providing the service within the same legal structure under which the union contract should be applied. Therefore what the private sector does is set up separate legal structures.

Senator Keon: How much are you being inhibited by this phenomenon from what you think is best?

Mr. Empey: I do not know. I can tell you that when I was at St. Michael's Hospital in the early 1990s we lost \$1 million in revenue when the lab business got shut down. That is one example. I really would not be able to quantify the total because I do not know where all those sources of money would come from and whether the whole system would just change if the hospitals were able to charge for more.

Let us put it this way: Between 65 per cent and 75 per cent of hospital funding comes from the government. Therefore, we are generating revenue for that other 25 to 30 per cent, be it parking or cafeteria or semi-private revenue or, in our two businesses, WSIB is a large contributor. Most hospitals have been creative in trying to find other revenue sources, especially in the years when government funding retrenched instead of advanced. I would argue that most of us have tapped that out because we are restricted in that you cannot charge for physiotherapy services, you cannot charge the same rate for drug dispensation as the

clinique privée a le droit de facturer le client. Par conséquent, nous avons, pour la plupart, choisi de rationaliser les services que nous offrons en clinique externe, parce que la base de notre mandat, c'est d'offrir des services aux malades hospitalisés.

Soit, je veux bien, et je crois que ce serait très bien d'ouvrir cela au «secteur privé», mais je crois que les systèmes et les gouvernements doivent reconnaître que, dans une certaine mesure, nous, les établissements, sommes déjà du secteur privé. Ce qui nous empêche d'agir comme le secteur privé, c'est que nous avons des règles qui nous sont imposées lorsque nous essayons de livrer concurrence au secteur privé.

Le sénateur Keon: Je voudrais vous poser une question délicate. Si une partie de votre immense établissement fonctionnait plus selon les principes du secteur privé, quels seraient vos rapports avec les syndicats?

M. Empey: C'est le plus grand problème que pose la concurrence. Il y a cependant des façons de régler ce problème. J'étais au Peel Memorial Hospital de Brampton lorsque nous avons décidé de procéder à l'impartition de la fonction logistique. Le personnel s'est entièrement syndiqué. Si l'on va à l'essentiel, la convention collective précise qu'on ne perdra aucun emploi du fait de l'impartition. Elle ne dit pas que l'on ne peut pas faire d'impartition. Selon la façon dont la convention est rédigée, on peut simplement garantir que personne ne perdra son emploi.

Dans la situation actuelle, où il y a tant de pénurie de personnel il est facile de dire: «Nous allons simplement vous transférer à un autre emploi.» Cela dit, il y a tout de même des contraintes si nous offrons le service dans le même cadre juridique où la convention collective doit être appliquée. Par conséquent, pour régler ce problème, le secteur privé établit des structures juridiques distinctes.

Le sénateur Keon: Dans quelles mesures ce phénomène vous empêche-t-il de fonctionner de façon optimale?

M. Empey: Je l'ignore. Je peux vous dire que, lorsque j'étais à l'hôpital St. Michael's, au début des années 90, nous avons perdu 1 million de dollars de recettes lorsque nous avons dû mettre fin à nos activités de laboratoire. Il ne s'agit que d'un seul exemple. Je ne peux pas vraiment quantifier tout cela parce que j'ignore quelles seraient toutes les sources éventuelles de fonds et je ne sais pas si tout le système changerait au cas où les hôpitaux pouvaient réclamer des frais supplémentaires.

Mettons les choses de cette façon: les hôpitaux obtiennent de 65 à 75 p. 100 de leur financement du gouvernement. Par conséquent, pour les 25 ou 30 p. 100 qui restent, nous tirons des recettes du parking, de la cafétéria, des activités semi-privées ou, dans le cas de nos deux établissements, de la SCPAAT, qui est un contributeur important. La plupart des hôpitaux ont été imaginatifs pour trouver d'autres sources de recettes, surtout pendant les années où le financement gouvernemental a diminué au lieu d'augmenter. J'estime que la plupart d'entre nous ont épuisé ces sources, parce que nous sommes limités quant à ce que

private pharmacies do, and you cannot be in the private lab business.

Mr. Rochon: I wonder, though, if we pushed the point to include Mr. Empey's example of the idea that there may have been political interference in a reasonable decision that was made around lab services. I am not naive enough to think that there is not politics everywhere, but one would hope that organizations like the purchasing groups about which you are thinking would be less inclined to politically pressure through lobbying than is the case now.

In the experiences that I have had with the restructuring commission, the rules of the game changed dramatically. When lobbyists would call and say, "We would like to come and speak with you on behalf of our client" my response was, "Well, why?" We do not want to be elected, quite frankly. That is not our game. The rules changed dramatically. It is important to think about what happens to the rules of the game in organizations like the ones you suggest that create a distinction between the payer, the purchaser and the provider.

Senator Roche: I would like to follow up on Senator Keon's questions with respect to private delivery.

I will put my question to the panel in this framework: Last week I went to the Romanow commission hearings, in Edmonton. The first witness was Kevin Taft, a member of the Alberta legislature and the health critic for the Liberal Party of Alberta, which is not exactly a left wing in Alberta, I can tell you. I will table the brief if honourable senators wish.

Mr. Taft is a well-known author in his own right. The centrepiece of his presentation to Mr. Romanow was to emphasize that we must solve this market question. He said that the role of the market in health care delivery is the root issue.

Then he comes to a point that is directly relevant to the discussion that we have been having here. He said that the relationship between a patient and a caregiver should be free of market forces. He said that the ethic of care-giving is the opposite of self-interest; it requires placing the interests of others above one's own.

That leads me to the question of competition that Mr. Empey spoke about. Could we have more elaboration from the members of this panel as to how competition works, in their view, in protecting the quality of care that should be guaranteed?

If we go to private delivery on a profit basis, even if it is regulated, does that meet the criteria that Mr. Taft, for one, set down that the ethic of care-giving is the opposite of self-interest and requires the placing of interests of others above one's own?

nous pouvons réclamer. Nous ne pouvons pas facturer les malades pour les services de physiothérapie, nous ne pouvons exiger les mêmes taux que les pharmacies privées pour dispenser des médicaments et nous ne pouvons pas faire le travail des laboratoires privés.

M. Rochon: Je me demande, toutefois, dans l'exemple que donne M. Empey, si l'on peut pousser jusqu'à dire qu'il peut y avoir eu ingérence politique dans une décision raisonnable prise quant aux services de laboratoire. Je ne suis pas assez naïf pour croire que la politique n'intervient pas dans tout, mais on peut espérer que des organismes comme les groupes acheteurs auxquels vous songez seraient moins enclins qu'on ne l'est actuellement à exercer des pressions politiques au moyen du lobbying.

Dans l'expérience que j'ai vécue avec la Commission de restructuration, les règles du jeu ont changé du tout au tout. Lorsque des lobbyistes appelaient pour dire: «Nous voudrions venir vous parler au nom de notre client», je leur répondais: «Pourquoi?» Franchement, nous ne voulons pas être élus. Nous ne jouons pas ce jeu-là. Les règles ont changé de fond en comble. Il est important de songer à ce qu'il advient des règles du jeu dans des organismes comme ceux dont vous parlez, des règles qui créent une distinction entre le payeur, l'acheteur et le fournisseur.

Le sénateur Roche: Je voudrais reprendre la question du sénateur Keon au sujet de la prestation de services par le secteur privé.

Permettez-moi de poser ma question en contexte: la semaine dernière, je suis allé aux audiences de la commission Romanow, à Edmonton. Le premier témoin était Kevin Taft, un député de l'Assemblée législative de l'Alberta et le porte-parole en matière de santé du Parti libéral de l'Alberta — qui n'est pas tout à fait un parti de gauche, je peux vous en assurer. Je suis prêt à déposer son mémoire si les honorables sénateurs le souhaitent.

M. Taft est lui-même un auteur bien connu. L'élément central de son exposé à M. Romanow consistait à souligner que nous devons résoudre cette question du marché. Il a dit que le rôle du marché en matière de prestation des soins de santé est la question fondamentale.

Il a ensuite abordé un aspect qui concerne directement la discussion que nous avons ici, en ce moment. Il a dit que la relation entre un malade et un soigneur devrait être indépendante des forces du marché. Selon lui, l'éthique du soigneur est à l'opposé de l'intérêt privé. Elle nécessite que l'on place l'intérêt des autres au-dessus de son propre intérêt.

Cela m'amène à la question de la concurrence dont a parlé M. Empey. Les membres de ce groupe-ci peuvent-ils nous fournir de plus amples renseignements sur la façon dont, selon eux, la concurrence fonctionne pour protéger la qualité des soins qui devraient être garantis?

Si nous optons pour la privatisation des services moyennant profit, même si c'est réglementé, cela répond-il aux critères établis par M. Taft, à savoir que l'éthique de la prestation des soins est contraire à l'intérêt personnel et exige que les intérêts des autres passent avant les siens?

I should like to be illuminated as to how far we can go in expanding health care services now, particularly as we move into the homecare field, in reaching out to the competition provided by the market. In the framework of that question, I should like you to differentiate between private care on a not-for-profit basis and private care on a for-profit basis.

Mr. Rochon: The premise that the ethic of care-giving is the opposite to that of self-interest is an interesting debating point. Quite frankly, to be able to succeed means that you must do the right thing. To be able to continue to offer service means that you must do the right thing. Self-interest extends far beyond the simple matter of self-gain. Self-interest is also embedded in ensuring that you are doing the right thing for people who come to you for help.

I do not see these as mutually exclusive concepts; I see them as quite related. When I look at this discussion in the context of private for-profit or private non-profit, which is how you could classify the organizations that Mr. Empey and I work for, as private non-profit organizations we have great examples of private for-profit organizations succeeding.

Most of the nursing home industry is an example of private for-profit care. The nursing home business is a very difficult one, but the organizations are succeeding, at least in Ontario. They succeed because the organizations understand what business they are in, and they understand that there is some competition. People can move with the expansion of services in Ontario. Patients or residents can move to other facilities if they do not like the service, assuming other facilities are available in their community.

My point is that profit in health care is not a bad thing if you are providing a competitive service. I measure competitive service in terms of price and quality. The difficulty is that we are not very good at measuring quality yet; however, we are getting better at it. That is an important precursor to being able to make informed decisions about whether the price, quality, quantity relationship in a for-profit entity is any different than in a non-profit entity.

We must understand where we are in the development of our information. Profit in health care is a good thing. Profits are reinvested; they help companies develop. I am not averse to it as a concept.

Senator Roche: Is it correct that you do not agree with the thesis that Mr. Taft presented to the Romanow commission?

Mr. Rochon: That is correct. Paying a physician for their service in effect deals with not only their self-interest, but also with the way in which they care for their patients?

J'aimerais préciser jusqu'où nous pouvons aller pour élargir les services de soins de santé à l'heure actuelle, surtout en ce qui concerne le domaine des soins à domicile, ou ce qui est de profiter de la concurrence qu'offre le marché. À cet égard, j'aimerais que vous fassiez la distinction entre privatisation des soins à but non lucratif et privatisation des soins à but lucratif.

M. Rochon: La notion selon laquelle l'éthique de la prestation des soins va à l'encontre de l'éthique de l'intérêt personnel suscite un débat intéressant. Il ne fait aucun doute que pour réussir, il faut bien agir. Pour pouvoir continuer à offrir un service, il faut agir bien. L'intérêt personnel déborde nettement la simple notion de gain personnel. L'intérêt personnel signifie également que vous vous assurez de faire ce qu'il faut pour les gens qui vous demandent de l'aide.

Je ne considère pas que ce sont des notions incompatibles; je considère qu'elles sont assez liées. Si j'examine cette discussion dans le contexte de la privatisation à but lucratif et de la privatisation à but non lucratif, ce qui est la façon dont vous désigneriez les organisations pour lesquelles M. Empey et moimême travaillons, à titre d'organisations privées à but non lucratif, nous avons d'excellents exemples de réussites d'organisations privées à but non lucratif.

La majeure partie de l'industrie des foyers de soins infirmiers est un exemple de soins privés à but lucratif. C'est un secteur très difficile, mais les organisations s'en tirent bien, du moins en Ontario. Elles s'en tirent bien parce qu'elles comprennent le genre d'industrie dans laquelle elles travaillent et elles comprennent qu'il existe une certaine concurrence. Depuis l'expansion des services en Ontario, les gens peuvent aller ailleurs. Les patients ou les résidents peuvent déménager dans d'autres établissements s'ils n'aiment pas le service, en partant du principe qu'il existe d'autres établissements dans leur collectivité.

Là où je veux en venir, c'est que les profits dans le domaine des soins de santé ne sont pas une mauvaise chose si vous assurez un service concurrentiel. J'évalue le service concurrentiel en fonction du prix et de la qualité. Le problème, c'est que nous n'avons pas encore réussi à bien évaluer la qualité; cependant, nous faisons des progrès à cet égard. Il s'agit d'un facteur important qui permet de prendre des décisions éclairées et de déterminer si le rapport qualité-prix et quantité dans une entité à but lucratif diffère du rapport qui existe pour une entité à but non lucratif.

Nous devons comprendre que nous sommes en train de développer notre information. Le profit dans le domaine des soins de santé est une bonne chose. Les profits sont réinvestis; ils permettent aux entreprises de se développer. C'est une notion à laquelle je n'ai pas d'objection.

Le sénateur Roche: N'est-il pas exact que vous n'êtes pas d'accord avec la thèse présentée par M. Taft à la Commission Romanow?

M. Rochon: C'est exact. Payer un médecin pour ses services concerne non seulement son intérêt personnel, mais aussi la façon dont il soigne ses patients?

Senator Roche: Mr. Chairman, I should be clear: Mr. Taft specifically said that when you pay a doctor who is delivering private care, that is a wage that the doctor is receiving, which is distinct from his owning shares in a hospital on a for-profit basis. He draws that distinction, as have others.

Mr. Rochon: You could argue that he owns shares in himself.

Mr. Empey: That doctor is allowed to hire a nurse, and the nurse could give the needle, instead of the doctor, and he still bills the same rate. He is allowed to create a business, in effect, and his investment is his time versus the staff he trains to do some of those duties. He can run the operation differently.

Mr. Brimacombe: More explicitly, if they can incorporate, there is a business model there where they can become a shareholder of an incorporated business, so that they can draw down, whether it is a physician or any other provider.

I wish to touch on the issue of not-for-profit versus for-profit. A not-for-profit business is one where surpluses are largely reinvested back into a particular entity, so that there is nothing that is drawn down and taken out separately by an individual. The issue there is what kind of incentives do we wish to build into this notion of, if there is increased competition with all the safeguards of price and quality that Mr. Rochon and Mr. Empey were talking about, how you have that balance with the mixing of incentives if you were to have increased for-profit involvement, vis-à-vis the bottom line and shareholder interest versus quality, access and patient care.

Senator Morin: I understand what happens if the profits are reinvested. If you have shareholders, that is a different story. All of the profits are reinvested in the institution; that is the best of all worlds. However, Senator Roche is talking about shareholders making a profit. You have looked at the American system and their problems. I would like your opinion on that.

Mr. Rochon: When we look south of the border, we must distinguish where the issues arise. If we were talking about private insurance, we would be having a very different debate today. I certainly would not be advocating private insurance for health services for the basket of goods we now think of as being covered under the Canada Health Act. At that point, the motivation is who gets in, pre-existing conditions, delisting, limiting choice—all sorts of issues that insurers use to ensure that they relate to their shareholders as best as they can.

On the provider side, assuming that organizations are competing on a price performance basis, if there is profit to be made in the private sector, I do not follow the argument that it is a bad thing.

Le sénateur Roche: Monsieur le président, je tiens à préciser que M. Taft a dit précisément que lorsque vous rémunérez un médecin qui offre des soins privés, il s'agit d'un simple salaire que reçoit le médecin, ce qui est différent des actions qu'il peut posséder dans un hôpital dans un but lucratif. Il établit cette distinction, comme d'autres l'ont fait.

M. Rochon: Vous pourriez faire valoir qu'il est lui-même l'entreprise dans laquelle il possède des actions.

M. Empey: Ce médecin est autorisé à engager une infirmière, et l'infirmière peut faire des injections, à la place du médecin, et le taux qu'il facture demeure le même. Il est en fait autorisé à créer une entreprise, et son investissement est le temps dont il dispose lorsqu'il forme le personnel à exercer certaines de ces fonctions. Il peut administrer le service différemment.

M. Brimacombe: Plus précisément, si les médecins peuvent se constituer en société, il existe un modèle d'entreprise qui leur permet de devenir un actionnaire d'une entreprise constituée en société, de sorte qu'ils peuvent prélever des fonds, qu'il s'agisse d'un médecin ou de tout autre fournisseur.

J'aimerais aborder la question d'une entreprise à but non lucratif par rapport à une entreprise à but lucratif. Une entreprise à but non lucratif est une entreprise où les excédents sont en majeure partie réinvestis dans une entité en particulier, de sorte qu'aucune somme n'est prélevée ni retirée séparément par une personne. La question qu'il faut se poser ici, c'est quels sont les genres d'incitatifs que nous voulons prévoir, en cas de concurrence accrue avec tous les mécanismes de protection concernant le prix et la qualité dont MM. Rochon et Empey ont parlé, comment peut-on établir cet équilibre en ajoutant des incitatifs en cas d'un accroissement des services à but lucratif, c'est-à-dire concilier la notion de bénéfices nets et d'intérêts à des actionnaires et celle de qualité, d'accès et de soins aux patients.

Le sénateur Morin: Je comprends ce qui se passe si les profits sont réinvestis. Si vous avez des actionnaires, la situation est différente. Tous les profits sont réinvestis dans l'institution; c'està-dire dans le meilleur des mondes. Cependant, le sénateur Roche parle d'actionnaires qui font des bénéfices. Vous avez examiné le système américain et les problèmes qui y existent. J'aimerais connaître votre opinion à ce sujet.

M. Rochon: Lorsque nous examinons la situation au sud de la frontière, nous devons déterminer où surgissent les problèmes. Si nous parlions d'assurance privée, le débat aujourd'hui serait très différent. Je ne préconiserais certainement pas l'assurance privée des services de santé qui sont prévus à l'heure actuelle par la Loi canadienne sur la santé. À ce stade, ce qui prime, c'est qui est admissible, quelles sont les conditions préalables, le service des assurés, la restriction des choix — toutes sortes de moyens dont se servent les assureurs pour faire en sorte qu'ils servent de leur mieux les intérêts de leurs actionnaires.

Pour ce qui est du fournisseur, en partant du principe que les organisations se font concurrence en fonction du prix, s'il y a des bénéfices à réaliser dans le secteur privé, je ne vois pas pourquoi ce serait une mauvaise chose.

Senator Morin: We are talking about corporation-owned hospitals, for-profit HMOs.

Mr. Rochon: I am not talking about for-profit HMOs. They are involved in the insurance business. We have to be clear what we are talking about in terms of private versus public.

Senator Morin: We are talking about corporation-owned hospitals.

The Chairman: The questions have all revolved around the single, public insurance "company", public funding, buying the service from or paying for the service. The private question has all been around private delivery. You made it very clear that you are not in favour of private insurance, and, as you know, we are not either. We do not care who owns the institutions, but we should do it in the most efficient way possible.

Mr. Rochon: I put myself in the shoes of the purchaser. If I were a purchaser in a particular community with one million lives as part of our purchasing group and we had put out a bid calling for a certain range of services, if the best proposal was from a private company, I would go for it. I would think that would be a good thing.

One thing we have to worry about, though, is the extent to which that approach compromises the ability of non-profit health care institutions to continue to provide services that are essentially being supported or that may be supported by what you might move into the private, for-profit provider category. In other words, you do not want to take high-margin services and move them into the private sector and have hospitals run into financial trouble because they are not getting enough money for the services that they are left with. You need to make sure that the rates are right.

The Chairman: Your lab example comes to mind.

Mr. Rochon: It is a reasonable one. There may be services where the barriers are so extensive that you could never move out into the private sector. Organizations have reasonable amounts of their cost structure that is invested in overhead. You cannot get that out.

The Chairman: This is a very interesting discussion.

Senator Morin: What about joint surgery? This is a crucial area where the waisting lists are long. Private, for-profit clinics are just waiting to embark on this segment. There is a demand for it, but hospitals say, "This is creaming. They are taking the easiest cases, and so forth." Apparently, for some reason, the hospitals are not able to accept the volume that is out there. What is your view of having for-profit clinics for joint surgery, for example? Dr. Day wants to establish these clinics throughout the country on a for-

Le sénateur Morin: Nous sommes en train de parler d'hôpitaux qui appartiennent à des sociétés, d'organisations de soins de santé intégrés à but lucratif.

M. Rochon: Je ne suis pas en train de parler d'organisations de soins de santé intégrés à but lucratif. Ces organisations font un travail dans le secteur des assurances. Nous devons préciser clairement ce dont nous parlons dans le cas des services privés par rapport aux services publics.

Le sénateur Morin: Nous sommes en train de parler d'hôpitaux qui appartiennent à des sociétés.

Le président: Les questions tournent toutes autour de la «société» d'assurance publique unique, le financement public, l'achat ou le paiement de services. La question du secteur privé tourne autour de la prestation de services par le secteur privé. Vous avez indiqué très clairement que vous n'êtes pas partisan d'une assurance privée, et comme vous le savez, nous ne le sommes pas non plus. Ce qui nous préoccupe, ce n'est pas à qui appartiennent ces établissements, mais que nous agissions de la façon le plus efficace possible.

M. Rochon: Je me mets à la place de l'acheteur. Si j'étais un acheteur dans une certaine collectivité dont un million de vies faisaient partie de notre groupe d'achat et que nous avions soumissionné pour une certaine gamme de services, si la meilleure proposition provenait d'une entreprise privée, c'est elle que je choisirais. Je pense que ce serait une bonne chose.

Cependant, un aspect dont nous devons nous préoccuper, c'est la mesure dans laquelle cette approche compromet la capacité des établissements de soins de santé à but non lucratif de continuer à assurer des services qui sont essentiellement soutenus ou susceptibles d'être soutenus par ceux qui pourraient être transférés dans le secteur privé, à des fournisseurs à but lucratif. Autrement dit, vous ne voulez pas transférer au secteur privé des services à marge élevée de telle sorte que les hôpitaux connaissent des difficultés financières parce qu'ils ne reçoivent pas suffisamment d'argent pour les services qui leur restent. Il faut s'assurer que les tarifs sont appropriés.

Le président: Comme l'exemple que vous avez donné à propos des laboratoires.

M. Rochon: C'est un exemple raisonnable. Il y a des services où les obstacles sont tellement importants qu'on ne pourra jamais les transférer au secteur privé. Les organisations investissent des montants raisonnables de leur structure de coûts dans les frais généraux. On ne peut pas faire autrement.

Le président: C'est une discussion très intéressante.

Le sénateur Morin: Que se passe-t-il dans le cas de la chirurgie des articulations? C'est un domaine important où les listes d'attente sont longues. Les cliniques privées à but lucratif sont impatientes de s'engager dans ce créneau. Une demande existe mais les hôpitaux considèrent que c'est de l'écrémage et qu'ils prennent les cas les plus faciles et ainsi de suite. Apparemment, pour une raison quelconque, les hôpitaux n'arrivent pas à faire face à la demande. Que pensez-vous d'établir des cliniques à but

profit basis. He says he can do it cheaper and better than hospitals.

Mr. Empey: He probably could, but he would only do the easiest cases.

Senator Morin: But hospitals are not doing them.

Mr. Empey: It is a by-product of the current funding method. I will talk about Ontario. Hospitals are funded on a global basis. That puts the requirement on our shoulders to choose what services we provide. Ontario tried to create an incentive to get hospitals to do more hip implants. They kept that incentive in 1993, and they have added more volume only once since then.

As well, their incentive just covers the hip itself. It does not cover the cost of surgery. If a private provider wanted to get into the hip business, then I would argue that that person or business is billing patients, or the government has just made a conscious decision to increase the amount of funding they are putting into hip provision. They do not need a private provider to do that. They could fund the hospitals more, and we could do more hips. Just tell us how many you want us to do, and we will do them.

The problem is that it is easy for a private provider to get set up because often the government comes up with a different funding stream for them than they would under the current institutional funding. I will give an example that is not private; it is public. The Province of Ontario just decided to fund Trillium Health Centre in Mississauga to do open heart surgery. All of the institutions in Toronto are feeling the impact of that because now Saint Mike's and Sunnybrook and QE have gone up because Trillium is doing all of the easy cases. It does not take a private provider to cause that impact.

You also do not want to go as far as to impact the teaching. We have a major teaching program in hips and knees. A private provider will not do the teaching and research aspect. You must leave enough volume to be able to have a mix of the easy and hard cases in order to facilitate those orthopaedic surgeons still making an income and being able to do teaching.

I am complicating the answer because there are three aspects to it. Is the government putting in more funding or not? If they are, we will do more. Right now, they are making us make a choice. Honestly, UHN wants to do cancer and transplants instead of hips. We have a wait list of eight months.

lucratif pour la chirurgie des articulations, par exemple? Dr Day veut établir ces cliniques à but lucratif partout au pays. Il dit pouvoir offrir un meilleur service à coût moindre que les hôpitaux.

M. Empey: Il pourrait probablement le faire, mais il n'accepterait que les cas les moins difficiles.

Le sénateur Morin: Mais les hôpitaux ne prennent pas ce genre de cas.

M. Empey: C'est une conséquence accessoire de la méthode de financement actuelle. Je parlerai de l'Ontario. Les hôpitaux sont financés de façon globale. Cela nous oblige à choisir les services que nous fournissons. L'Ontario a tâché de créer un incitatif pour encourager les hôpitaux à faire plus d'opérations de remplacement de la hanche. Ils ont conservé cet incitatif en 1993 et ce n'est que depuis cette date que le nombre d'opérations de ce genre a augmenté.

Par ailleurs, cet incitatif ne couvre que le coût de la hanche même. Il ne couvre pas le coût de la chirurgie. Si un fournisseur privé voulait offrir ce genre de service, il faudrait alors que cette personne ou cette entreprise facture les patients ou que le gouvernement prenne la décision consciente d'accroître le financement destiné à ce genre d'opération. Ils n'ont pas besoin d'un fournisseur privé pour le faire. Ils pourraient simplement accroître le financement des hôpitaux et nous pourrions faire plus d'opérations de la hanche. Il suffit de nous dire combien vous en voulez et nous le ferons.

Le problème, c'est qu'il est facile pour des fournisseurs privés de s'établir parce que souvent le gouvernement prévoit à leur intention une voie de financement différente de celle qui existe dans le cadre du financement institutionnel actuel. Je vous donnerai un exemple, non pas dans le secteur privé mais dans le secteur public. La province de l'Ontario vient de décider de financer le Trillium Health Centre à Mississauga pour qu'on y fasse de la chirurgie à coeur ouvert. Cela a entraîné des répercussions sur tous les établissements de Toronto dont Saint Mikes, Sunnybrook et QE parce que Trillium prend tous les cas les moins difficiles. Ce genre de répercussion n'est pas forcément causée par un fournisseur privé.

Par ailleurs, on ne veut pas non plus influer sur la formation. Nous avons un important programme de formation pour ce qui est de la chirurgie de la hanche et du genou. Un fournisseur privé ne s'occupera pas de formation ni de recherche. Il faut prévoir suffisamment de volume pour permettre d'avoir un mélange de cas faciles et difficiles afin que les chirurgiens orthopédiques puissent gagner suffisamment leur vie tout en ayant le temps d'enseigner.

Je complique la réponse parce qu'elle comporte trois aspects. Le gouvernement accroît-il le financement ou non? Dans l'affirmative, nous en ferons plus. À l'heure actuelle, il nous oblige à faire un choix. UHN préférerait s'occuper d'oncologie et de transplantations plutôt que de chirurgies de la hanche. Nous avons une liste d'attente de huit mois.

The Chairman: If you do it, along with the cost of doing it comes all of your overhead, all of your union contracts, et cetera. If a small institution does it, a new one — for this argument it does not matter whether the small clinic is public or private — they do not have all the overhead. They presumably can start off without having the same union contracts and all that cost. Therefore, they can probably do it significantly cheaper; right? Is that reasonable?

Mr. Empey: There are two costs to look at, which is what you are talking about.

The Chairman: Your overhead costs are much bigger than a small institution

Mr. Empey: I was about to separate the direct costs and the overhead costs. The overheads costs are a step function. When you open up one new operating room, which has probably been closed in our institution, you have almost no incremental overhead costs. It is a step function, depending on where your institution is physically today. If you are already at capacity, it is a massive incremental cost that is probably more than a small stand-alone.

Your direct cost is a very good point. A private entity today would probably try to set up as non-union, and therefore their labour cost would be much lower than ours. Right now, with staffing shortages, where is the nurse going to work?

The Chairman: I am trying to disagree with your previous sentence. You said to Senator Morin, "If I am the payer, why would I not buy the cheaper service?"

Mr. Empey: Absolutely.

The Chairman: Why would I go to you?

Mr. Empey: You would not.

The Chairman: You said that therefore they ought to give you the money. I argue that that is an irrational decision on the part of a government attempting to manage its resources effectively.

Mr. Empey: That is one of the reasons I made the point in my submission as well as in my introductory speech that you must look at competition in terms of both efficiency and outcomes. You would not come to UHN to get your hip done, but you would if you had a complicated fracture. The problem is that if only the 5 per cent with complicated fractures come to UHN, UHN would not have sufficient volume to provide the service and pay the orthopaedic surgeons.

The Chairman: Or we would need to find a way to fund you adequately for the complicated cases.

Mr. Empey: Yes, and treat them differently.

Senator Roche: I want to give Mr. Rochon the opportunity to correct what may be a misunderstanding on my part. We were talking about private, for-profit care. The subject of nursing

Le président: Si vous le faites, à ce coût s'ajoutent tous vos frais généraux, vos conventions collectives, et cetera. Si un petit établissement s'en occupe, un nouvel établissement — peu importe que cette petite clinique soit publique ou privée — il n'a pas à assumer tous ces frais généraux. Il peut commencer sans avoir les mêmes conventions collectives et tous les coûts qui s'y rattachent. Par conséquent, il peut sans doute offrir des services nettement meilleur marché, n'est-ce pas? Est-ce raisonnable?

M. Empey: Il y a deux coûts qu'il faut examiner et dont vous parlez.

Le président: Vos frais généraux sont beaucoup plus importants que ceux d'un petit établissement.

M. Empey: J'allais faire la distinction entre les coûts directs et les frais généraux. Les frais généraux représentent une fonction échelon. Lorsque vous ouvrez une nouvelle salle d'opération, qui a probablement été fermée dans notre institution, vous n'avez pratiquement aucuns frais généraux supplémentaires. C'est une fonction échelon, selon la situation matérielle de votre établissement aujourd'hui. Si vous êtes déjà à pleine capacité, il s'agit d'un coût supplémentaire massif, probablement supérieur à celui d'un petit établissement autonome.

Vous faites valoir un très bon argument à propos des coûts directs. Une entité privée aujourd'hui essaierait probablement de ne pas être syndiquée et par conséquent ses coûts de maind'oeuvre seraient nettement inférieurs aux nôtres. À l'heure actuelle, en raison des compressions de personnel, où une infirmière trouvera-t-elle du travail?

Le président: Je ne suis pas vraiment d'accord avec ce que vous avez dit au sénateur Morin, à savoir «si c'est moi qui paye, pourquoi ne devrais-je pas choisir le service le moins cher?».

M. Empey: Exactement.

Le président: Pourquoi ferais-je appel à vos services?

M. Empey: Vous ne le feriez pas.

Le président: Vous avez dit par conséquent qu'on devrait vous remettre l'argent. Je soutiens qu'il s'agit d'une décision irrationnelle de la part d'un gouvernement qui essaie d'administrer efficacement ses ressources.

M. Empey: C'est l'une des raisons pour lesquelles j'ai fait valoir dans mon mémoire ainsi que dans mes remarques préliminaires qu'il faut examiner la concurrence sur le plan de l'efficacité et des résultats. Vous ne vous adresseriez pas au UHN pour faire remplacer votre hanche, mais vous le feriez si vous aviez une fracture compliquée. Le problème, c'est que si seulement 5 p. 100 des personnes ayant des fractures compliquées s'adressent à UHN, UHN n'aura pas un volume suffisant pour offrir les services et payer les chirurgiens orthopédiques.

Le président: Ou nous devrions trouver un moyen de vous financer suffisamment pour les cas compliqués.

M. Empey: Oui, et les traiter différemment.

Le sénateur Roche: J'aimerais donner à M. Rochon l'occasion de corriger une chose que j'ai peut-être mal comprise. Nous parlions des soins privés à but lucratif. On a parlé des foyers de

homes was introduced and with respect to competition you said that residents can move, as if they have mobility. I have a lot of personal experience in nursing homes and the people I see there do not have much capacity for making those kinds of marketplace decisions.

The central point I want to make is that dealing with the market requires education. In other words, the people who are best off intellectually or financially can make the best choices. That makes my point.

I am very uncomfortable with the idea of competition being introduced into the delivery of health services, particularly services for the aged, because the people who have money will be the best off under such a system. The principles of the Canada Health Act were to protect all Canadians, and certainly those who are most vulnerable. I am still at a loss to understand how we can guarantee quality care if competition becomes standardized and we move to the market. I am very concerned about this.

Mr. Rochon: In the absence of information about what "quality" means, I would argue that you are right. How do you differentiate? Part of differentiation is having information. We are getting better at producing information to help us differentiate between levels of quality. It must be better than gross mortality and morbidity statistics.

There is an argument that long-term care, as a service, is not covered under the Canada Health Act. It is in the same category as drug benefits. Provinces decide to invest in long-term care services. The distinction between a "nursing home or long-term care facility" and a "retirement home" is very blurry. It is true that someone with money can better provide for themselves as they age than can someone who does not have money. That is the situation that exists in our society today.

I believe I said that residents of nursing homes can move where there is choice. That is a reality in large markets like Ottawa and Toronto where we are developing more capacity for individuals who need nursing home care. People can look at a better facility with better care, and they can move if they feel that a change would be better for them. I understand it is difficult because it is like moving homes.

Senator Roche: It sure is.

Mr. Rochon: I am not understating the difficulty in that decision. However, if I were the purchaser, it would not matter to me that with reasonable measurements you can differentiate between providers and make decisions based on price, quantity and quality.

soins infirmiers et sur le sujet de la concurrence, vous avez dit que les résidents peuvent aller ailleurs, comme s'ils étaient mobiles. J'ai souvent l'occasion de visiter les foyers de soins infirmiers et les personnes qui s'y trouvent ne sont pas vraiment en mesure de prendre ce genre de décisions pour ce qui est du marché.

Je tiens à faire valoir qu'il faut être sensibilisé et informé pour savoir ce qui se passe sur le marché. Autrement dit, les personnes capables de faire les choix les plus avisés sont celles qui ont les capacités intellectuelles ou financières de le faire. C'est ce que je voulais dire.

Je trouve très inquiétant que l'on introduise l'idée de concurrence dans la prestation de services de santé, surtout en ce qui concerne les services aux personnes âgées, parce que ceux qui seront le mieux traité dans un tel système seront ceux qui auront de l'argent. Les principes de la Loi canadienne sur la santé étaient de protéger l'ensemble des Canadiens, et ces personnes sont certainement les plus vulnérables. Je n'arrive toujours pas à comprendre comment nous pouvons garantir des soins de qualité si la concurrence devient la norme et que l'on privatise ces services. Je trouve cela très préoccupant.

M. Rochon: Comme on n'a pas défini ce que l'on entend par «qualité», je soutiendrais que vous avez raison. Comment fait-on la distinction? Pour faire la distinction, il faut entre autres être informé. Nous sommes mieux en mesure de produire de l'information qui nous aide à faire la distinction entre différents niveaux de qualité. Il faut avoir des données plus détaillées que des statistiques brutes de morbidité et de mortalité.

On a fait valoir que les soins de longue durée, en tant que service, ne sont pas visés par la Loi canadienne sur la santé. Ces services se trouvent dans la même catégorie que les médicaments gratuits. Les provinces décident d'investir dans les services de soins de longue durée. La distinction entre un «foyer de soins infirmiers» ou un «établissement de soins de longue durée» et une «maison de retraite» est très vague. Il est vrai que quelqu'un qui a de l'argent peut obtenir de meilleurs services au fur et à mesure qu'il vieillit que quelqu'un qui n'a pas d'argent. C'est la situation qui existe aujourd'hui dans notre société.

Je crois avoir dit que les résidents de foyers de soins infirmiers peuvent aller ailleurs lorsque le choix existe. C'est une réalité dans de grands marchés comme ceux d'Ottawa et de Toronto où nous sommes en train de développer une capacité accrue pour les personnes qui ont besoin de soins infirmiers dispensés dans des foyers. Les gens peuvent décider de déménager dans un établissement qui offre de meilleurs soins, s'ils estiment que ce changement leur sera profitable. Je comprends que cette décision est difficile parce que c'est comme déménager de chez soi.

Le sénateur Roche: Précisément.

M. Rochon: Je ne minimise pas la difficulté d'une telle décision. Cependant, si j'étais l'acheteur, il ne m'importerait pas qu'à l'aide de mesures raisonnables, on arrive à faire la distinction entre des fournisseurs et prendre des décisions en fonction du prix, de la quantité et de la qualité.

Our organization is entering into a private/public relationship with Extendicare to develop a nursing home on one of our sites. We are doing so because we think it is in the best interests of our community. We have confidence in the ability of the organization with which we are partnering to provide high quality care in conjunction with us. If we did not, we would not do this, because the reputation of our organization is linked to everything we do. There are other examples of investor-owned or for-profit organizations in health care.

We have another contract with Airmart to provide food services. They provide it at a profit. If we were not happy with Airmart, we could go to the market and get another provider. We could ask them to leave and hire the staff, if we wanted to. These are all options we have. We are making a decision based on the relationship between price and quality.

Senator Roche: With all due respect to the panel, I want the committee to know that I dissent from this philosophy.

Senator Fairbairn: Mr. Empey, you caused my ears to perk up when you spoke in your opening remarks about technology and the deficit that Canada had been suffering from in that area. Presumably that situation has improved somewhat. Could you expand on that a bit? Do you believe that the federal government itself should be primarily responsible for working out a process whereby Canada would not be at a disadvantage, and not only in terms of acquiring the equipment that uses this technology?

This underlies some of the concerns of the public about how they will get their treatment. As Senator Cook often mentions, in places such as Newfoundland, even if you have the equipment, it is not of much use unless you have a structure in which it can be operated. Could you enlarge as well on the specific role of the federal government in managing this particular problem? You talk about academic health science centres as ready partners. Perhaps you could explain that partnership to us.

Mr. Empey: I will try. I will start with one example. The federal government has provided funding in the last couple of years for medical equipment. Princess Margaret Hospital is the largest cancer centre in Canada, if not North America, located in one building. We have 17 radiation machines. The average age of those radiation machines was 11 years. These machines were funded in the first place by the provincial government. However, the provincial government was not coming up with more funding. We were partly being stubborn in wanting them to pay for them. The federal money has allowed us to replace six machines over the last two and a half years.

Notre organisation est en train d'établir un partenariat privé/public avec Extendicare pour aménager un foyer de soins infirmiers sur l'un de nos sites. Nous prenons cette mesure parce que nous considérons qu'elle est dans l'intérêt de notre collectivité. Nous sommes persuadés que l'organisation avec laquelle nous établissons ce partenariat est en mesure de fournir des soins de grande qualité en collaboration avec nous. Autrement, nous n'aurions pas pris une telle mesure parce que la réputation de notre organisation est liée à tout ce que nous faisons. Il existe d'autres exemples d'organisations appartenant au secteur privé ou à but lucratif dans le domaine des soins de santé.

Nous avons conclu un autre contrat avec Airmart pour assurer les services d'alimentation. Il s'agit d'un service à but lucratif. Si nous n'étions pas satisfaits des services d'Airmart, nous pourrions aller sur le marché et retenir les services d'un autre fournisseur. Nous pourrions leur demander de partir et engager le personnel, si nous le voulions. Ce sont autant d'options dont nous disposons. Nous prenons une décision en fonction du rapport qualité-prix.

Le sénateur Roche: Avec tout le respect que je dois aux témoins, je tiens à ce que le comité sache que je ne suis pas d'accord avec cette façon de penser.

Le sénateur Fairbairn: Monsieur Empey, vous avez éveillé mon attention lorsque vous avez parlé dans vos remarques préliminaires de la technologie et du déficit dont souffre le Canada dans ce domaine. Vraisemblablement, la situation s'est légèrement améliorée. Pourriez-vous nous apporter plus de précisions à ce sujet? Croyez-vous que le gouvernement fédéral même devrait être principalement responsable d'établir un processus par lequel le Canada ne serait pas défavorisé, et non seulement en ce qui concerne l'acquisition de l'équipement qui fait appel à cette technologie?

Cela sous-tend certaines des préoccupations du public sur la façon dont ils obtiendront le traitement dont ils ont besoin. Comme le sénateur Cook le mentionne souvent, dans des endroits comme Terre-Neuve, même si vous avez l'équipement, il n'est pas d'une grande utilité à moins d'avoir une structure dans laquelle il peut être utilisé. Pourriez-vous aussi nous donner plus de détails sur le rôle précis que peut jouer le gouvernement fédéral pour remédier à ce problème particulier? Vous dites que les centres universitaires des sciences de la santé sont des partenaires tout indiqués. Vous pourriez peut-être nous expliquer ce partenariat.

M. Empey: Je vais essayer. Je commencerai par un exemple. Ces dernières années, le gouvernement fédéral a offert un financement pour l'équipement médical. L'hôpital Princess Margaret est le plus grand centre d'oncologie au Canada, sinon de l'Amérique du Nord, situé dans un édifice. Nous avons 17 machines de radiologie. L'âge moyen de ces machines est de 11 ans. Ces machines ont été d'abord financées par le gouvernement provincial. Cependant, le gouvernement provincial n'a pas fourni de fonds supplémentaires. Nous nous sommes en partie entêtés à vouloir qu'il paye pour ces machines. Les fonds fédéraux nous ont permis de remplacer six machines au cours des deux dernières années et demie.

That is a perfect example of something that needs to be replaced regularly and, while it was deteriorating, everyone fought over who should pay for it.

Senator Fairbairn: Did people then go to the United States for treatment?

Mr. Empey: No. This changed volume a bit. We already had 17 machines. Putting in 17 newer machines would increase our capacity a bit because they are faster. We did not grow to 18 machines. We still have the issue of whether there is enough capacity to deal with the patient volumes.

I am talking about the modernization of the equipment and that one aspect of it. With modern equipment, usually, if it is the same service, you should be getting some improvement in efficiency or volumes, which is what we are seeing with the new radiation machines. That is an example where the funding has led to a good thing.

The reason that I and some of the people with whom I consulted thought I should put that in my report is that we thought it might be an area wherein the federal government has an opportunity to set some standards by offering funding. It creates more of a moral authority to take leadership. When the last funding was given to the provinces, the provinces were supposed to make their own choices as to how it would be spent on equipment. This is a valid issue since it is the classic turf problem of whether the federal government can be providing funding directly to any institution.

Given that that is a problem, I thought I would present it in the light of there being nothing to prevent it from a perspective of a standard. Let us call that standard research. We are about to start an agreement with the Ministry of Health to introduce a new PET scanner into Ontario. We want to put four PET scanners into the province. There are already three, but they are 100 per cent dedicated to research. They want ones that are more clinically focused. However, they do not want to open up the funding methodology to create, let us say, a free-for-all so that everyone can get a PET scanner. Most of us cannot afford one. Thus, they are placing it under the guise of a research trial to assess the efficacy of PET scanners for the province.

If the province is to approach a piece of technology that way, that is not far removed from the federal research world and the possibility of using the research arm to grant the same thing to do trials on the efficacy of introducing new technology. For example, this could happen with a gamma camera. There are now no gamma cameras in Canada.

Il s'agit d'un exemple parfait d'une machine qui doit être remplacée régulièrement et, pendant qu'elle se détériorait, tout le monde s'est battu pour savoir qui devrait en assumer le financement.

Le sénateur Fairbairn: Y a-t-il des gens qui sont alors allés aux États-Unis pour se faire traiter?

M. Empey: Non. Cela modifie un peu le volume. Nous avions déjà 17 machines. Si nous ajoutions 17 machines plus récentes, cela nous permettrait d'accroître légèrement notre capacité parce qu'elles sont plus rapides. Nous ne sommes pas parvenus à avoir 18 machines. Nous sommes toujours aux prises avec le problème de savoir si la capacité est suffisante pour faire face au nombre de patients.

Je parle de la modernisation de l'équipement et cela en est un aspect. Grâce à un équipement moderne, habituellement, s'il s'agit du même service, il est possible d'améliorer relativement à l'efficacité ou au volume, ce que nous constatons grâce aux nouvelles machines de radiologie. C'est un exemple où le financement a donné de bons résultats.

La raison pour laquelle j'ai pensé, de même que certaines personnes que j'ai consultées, en parler dans mon rapport, c'est que nous nous sommes dit que ce serait un domaine où le gouvernement fédéral a l'occasion d'établir des normes en offrant un financement. Cela crée une plus grande autorité morale qui lui permet de montrer la voie. Lorsque les fonds ont été transférés aux provinces la dernière fois, elles étaient censées décider ellesmêmes la proportion qui serait consacrée à l'équipement. C'est une question valable étant donné qu'il s'agit de l'incertitude classique en matière de responsabilités, à savoir si le gouvernement fédéral peut fournir des fonds directement à une institution quelconque.

Puisque c'est un problème, j'ai pensé que je présenterais les choses sous un angle différent, car après tout une norme n'exclurait pas cette possibilité. Appelons ça, si vous voulez bien, la recherche de base. Nous sommes sur le point de conclure une entente avec le ministère de la Santé afin d'installer un nouveau tomographe par émission de positrons en Ontario. Nous voulons installer quatre de ces appareils TEP dans la province. Il y en a déjà trois, mais ils sont réservés exclusivement à la recherche. Ceux que l'on veut obtenir seraient destinés à un usage clinique. Cependant, ils ne veulent pas qu'on ouvre le mécanisme de financement pour créer une situation où tout le monde essaierait d'obtenir un de ces appareils. La majorité d'entre nous ne pouvons nous permettre financièrement de nous en procurer un. Ainsi, on a décidé de dire qu'il s'agissait d'un essai de recherche visant à évaluer l'efficacité de ces appareils pour la province.

Si la province aborde la question d'un nouvel instrument de cette façon, cela veut dire qu'on se rapproche du monde fédéral de la recherche et qu'il est possible de passer par la recherche pour se procurer les mêmes appareils pour décider de l'utilité d'avoir recours aux nouvelles technologies. Par exemple, ce serait la façon de procéder pour les gammas-caméras. Il n'y a pas encore de gamma-caméra au Canada.

Therefore, you are not overriding the provincial mandate to provide equipment and services. However, you would be doing the same thing that Ontario has started to do. You can say, "We will find a way to get PET scanners without opening up the billing fee schedule for everyone to bill for them. Therefore, we will call it research."

What I am getting at is that I doubt it will be simple. I wonder if there is a way, using research or other mechanisms, for the federal government to take more of a leadership role in this area. Hopefully, a by-product of that will be a little more consistency of access across the country.

I agree that you will never be able to have them in small centres because there will not be the mass of expertise, let alone the demand, to make a PET scanner, a gamma knife or even an MRI run efficiently. Perhaps some of them will only end up in major centres. However, if the federal government were more involved then, perhaps, it could be set up more as a national service as opposed to a regional service.

Senator Fairbairn: Where does the question of operating this equipment come in?

Mr. Empey: A PET scanner, including isotopes and physicians, will cost about \$1.3 million per year to run. It costs about \$2.8 million to buy one and about \$1.2 to \$1.3 million to operate it, including the radiologists' fees.

Senator LeBreton: What do you mean by operating it? Is that over and above the radiologists?

Mr. Empey: No. That is the cost of the technicians, heat, light, power and the isotopes. The isotopes are the major expense item. There is a reading fee for the radiologist.

Senator LeBreton: How much does an MRI cost an institution?

Mr. Empey: Around \$2 million.

Senator LeBreton: Even if organizations raise money to buy these machines for institutions, they are not much of a gift when all these other factors are brought into it.

Mr. Empey: It is a legitimate question and a valid issue. The Government of Ontario funds hospitals. They do not fund the purchase of an MRI, for example. However, the government funds hospitals at the rate of \$800,000 per year to operate them. They acknowledge that hospitals were not operating them as many hours as they wanted us to operate them. In a couple of instances the government has given direct funding to operate MRIs to ensure that there is more access to them.

Vous n'empiétez donc pas sur le mandat des provinces qui est de fournir les services et le matériel. Cependant, vous feriez la même chose qu'a commencé à faire l'Ontario. Vous pouvez dire: «Nous trouverons une façon d'obtenir des appareils TEP sans pour autant élargir la liste des coûts admissibles pour éviter que tout le monde ne demande un remboursement pour ces appareils. C'est pourquoi nous appellerons cela de la recherche.»

Ce que j'essaie enfin de dire, c'est que je ne crois pas que ce sera facile. Je me demande s'il existe une façon, en passant par la recherche ou d'autres mécanismes, pour le gouvernement fédéral d'assumer un rôle de chef de file dans le domaine. J'espère que tout cela mènerait à un accès plus uniforme dans toutes les régions du pays.

Je reconnais que vous ne pourrez jamais retrouver ces appareils dans les petits centres parce qu'on ne disposera pas du personnel compétent et encore moins de la demande pour assurer une utilisation efficace d'un appareil TEP, d'un scalpel-gamma ou même d'un appareil d'IRM. Peut-être certains de ces appareils ne se retrouveront que dans des centres urbains. Cependant, si le gouvernement fédéral participait plus pleinement à ces initiatives, on pourrait offrir un service national plutôt qu'un service régional.

Le sénateur Fairbairn: Qu'en est-il du fonctionnement de ce matériel?

M. Empey: Un appareil TEP, y compris les isotopes et les médecins, coûte environ 1,3 million de dollars par année. Il en coûte environ 2,8 millions de dollars pour acheter l'appareil et environ 1,2 à 1,3 million de dollars par année pour l'utiliser; j'inclus ici les honoraires des radiologistes.

Le sénateur LeBreton: Qu'entendez-vous exactement quand vous parlez d'utiliser l'appareil? Est-ce que ces coûts viennent s'ajouter aux honoraires des radiologistes?

M. Empey: Non. Il s'agit du coût associé aux techniciens, au chauffage, à l'éclairage, à l'électricité et aux isotopes. Ce sont les isotopes qui coûtent très cher. Puis il faut payer un droit aux radiologistes pour la lecture des données recueillies.

Le sénateur LeBreton: Combien une institution doit-elle payer pour utiliser un appareil d'IRM?

M. Empey: Environ 2 millions de dollars.

Le sénateur LeBreton: Même si les organisations pouvaient recueillir l'argent nécessaire pour acheter ces appareils pour les établissements médicaux, ce n'est pas vraiment un cadeau si vous pensez à tous les autres coûts qui sont associés à l'utilisation de ces appareils.

M. Empey: C'est une question légitime. Le gouvernement de l'Ontario assure le financement des hôpitaux. Il n'assure pas le financement de l'achat, par exemple, d'un appareil d'IRM. Cependant, le gouvernement finance les hôpitaux en accordant 800 000 \$ par année pour leur fonctionnement. On reconnaît que les hôpitaux n'utilisent pas ces appareils aussi souvent qu'on le voudrait. Dans certains cas, le gouvernement a accordé un financement direct pour le financement des appareils d'IRM afin d'assurer un meilleur accès à ces appareils.

Senator Fairbairn: We all talk about trying to get opportunities for people in all regions of the country. Coming from a small city in southern Alberta, I do not know what you qualify as a larger centre. Would St. John's, Newfoundland be a larger centre?

Senator Morin: It is a better centre.

The Chairman: I do not think Lethbridge qualifies.

Senator Fairbairn: We have our own MRI, which we bought ourselves.

Mr. Empey: I do not know how to answer that question. There are people who would be capable of analyzing the demand. What I am getting at is whether a region has enough demand to warrant the effective use of a facility. Is it 100,000 people or 500,000 people in a region? I do not know. I would hazard a guess that it is well below 500,000. It does not take the major eight cities of the country. St. John's is probably plenty big enough, although I do not know that for a fact.

Senator Fairbairn: At this current time we are still seeing quite a number of Canadians going across the border because they do not have access.

Mr. Empey: Yes.

Senator Fairbairn: In your view, would this particular funding, which would include the acquisition of equipment, its operation and evaluation, be a federal responsibility? Are you suggesting that the centres, however they are defined, would then provide the partnership to make the whole thing work? In your view would that give Canadians the ability to stay in their own country? What do you see in terms of expenses for individuals in dealing with this?

Mr. Empey: I do not think I could say definitively that it will prevent people from having to go out of the country. Even if you take cancer services, the demand is growing so fast that I do not know how much incremental capacity has to be created to prevent anyone from leaving the country.

Another piece of equipment that we are talking about with the provincial government — and again I am talking from my institution's perspective — is called a gamma knife for neurosurgery. That is a radiation machine that sends a tight beam and replaces the surgery. It costs a fortune. It costs \$4 million to buy and about \$1.75 million to \$2 million to operate a year, apparently. We are just researching it now. There is not one in Canada. Any patient in Ontario who is deemed to need this service goes to the United States. Part of our proposal to the Province of Ontario is that it will cost less to fund the operating cost of our own machine than to send these people to the United States. We can handle the volume of the patients who leave Ontario today.

Le sénateur Fairbairn: Nous disons tous qu'il faut assurer un bon accès à tous les Canadiens, peu importe où ils vivent. Je viens d'une petite ville dans le sud de l'Alberta, et je ne sais pas vraiment ce que vous entendez par un grand centre. Est-ce que d'après vous St. John's, Terre-Neuve, serait un grand centre?

Le sénateur Morin: Ce centre est meilleur.

Le président: Je ne pense pas que Lethbridge puisse être envisagé.

Le sénateur Fairbairn: Nous avons notre propre appareil d'IRM que nous avons acheté nous-mêmes.

M. Empey: Je ne peux pas répondre à cette question. Il y a des gens capables d'analyser la demande. L'essentiel est qu'une région ait une demande suffisante pour justifier une utilisation efficace de l'appareil. La population de la région est-elle de 100 000 habitants ou de 500 000? Je n'en sais rien. Je me risquerais à dire que la population est bien inférieure à 500 000. Les huit villes les plus importantes au pays n'atteignent pas toutes ce seuil. St. John's est sans doute d'assez bonne taille, même si je ne peux rien affirmer.

Le sénateur Fairbairn: Pour l'heure, il y a encore un grand nombre de Canadiens qui traversent la frontière parce que ce service n'est pas disponible ici.

M. Empey: C'est vrai.

Le sénateur Fairbairn: Selon vous, le financement pour l'acquisition de ce matériel, son utilisation et son évaluation serait-il la responsabilité du gouvernement fédéral? Voulez-vous laisser entendre que les centres, quelle qu'en soit la définition, constitueraient le partenariat nécessaire pour que cela fonctionne? À votre avis, les Canadiens auraient-ils dès lors la possibilité d'obtenir ce service dans leur propre pays? Quelles devraient être selon vous les dépenses des patients dans ce cas-ci?

M. Empey: Je ne peux pas affirmer que dès lors les gens n'auraient plus besoin de sortir du pays. Prenez, par exemple, les soins prodigués aux cancéreux dont la demande augmente si rapidement que je ne sais pas quelle capacité supplémentaire devrait être prévue pour que les gens n'aient plus à aller dans un autre pays pour se faire soigner.

Nous sommes en pourparlers avec le gouvernement provincial à propos d'un autre instrument — et là encore je parle du point de vue de mon institution -, à savoir le scalpel gamma pour la neurochirurgie. Il s'agit d'un appareil radiologique qui remplace la chirurgie grâce à un faisceau restreint. Cela coûte une fortune. Il coûte quatre millions de dollars à l'achat et apparemment, chaque année de 1,75 million de dollars à 2 millions de dollars pour s'en servir. Nous sommes en train d'analyser son utilité actuellement. Il n'en existe qu'un au Canada. Tout patient ontarien dont on juge qu'il a besoin de ce service, va aux États-Unis. Parmi les arguments que nous présentons à la province de l'Ontario, nous faisons valoir qu'il en coûtera moins pour elle d'assumer les frais d'exploitation de notre propre appareil plutôt que d'envoyer les gens aux États-Unis. Nous pourrions nous occuper de tous les patients qui doivent aller ailleurs en ce moment.

In this example, it would be very effective because the transport and living costs of patients sent to the United States are totally replaced. I do not know that that is always the case with the others. I have not researched the economics of the other examples. I am more familiar with the cancer situation because we are a radiation centre.

Mr. Brimacombe: What might be of interest to the committee is that there was a fairly detailed proposal put to the federal government in late 1999, early 2000, to deal with the issue of replacement of MRIs, radiation equipment, lithotripter and CT scanners, and what cost the government would be absorbing with respect to capital as well as three-year operating schedules. The Canadian Medical Association put that together with the Canadian Association of Radiology. That will give you a sense of some of the costs and assumptions that were built into the overall equation.

The Chairman: The rule of thumb is that two to three years of operating costs equals the capital cost. That seems to be the rule of thumb.

Senator Keon: I want to get a handle on what should be in an academic health science centre and what should not be. I know Mr. Rochon has spent a lot of time agonizing over this as head of the commission, but we have to come to grips with this matter. We have not even approached it yet. That, hopefully, will be one of our subcategories later on. This area has to be addressed.

Mr. Rochon: Agreed.

Senator Keon: The hour is too late today.

The Chairman: I ask Dr. Rochon to have the OHA get back to us on one point. I have read the part of your brief that you did not cover. I will refer my colleagues to this: The OHA recommends that the federal government establish a health care training and educational fund to increase health employee training and education, specifically doctors and nurses, and so on. It would help us if you could flesh out that idea and give us some more details on it.

Second, I would like to go way back to whichever one of you talked about the Ontario Workplace Safety and Insurance Board's current RFP for orthopaedics and whether you are prepared to guarantee service. Presumably, the guaranteed service means an element of maximum waiting times. Is that correct?

Mr. Rochon: Correct.

The Chairman: That is one of the conditions on which the bids will be evaluated?

Mr. Rochon: Yes, and performance downstream.

The Chairman: Logically, there is the outcome side of it.

Mr. Rochon: Exactly.

The Chairman: There is also an access side?

Dans ce cas-ci, ce serait efficace car le transport et les frais de séjour des patients envoyés aux États-Unis seraient tout à fait compensés. Je ne sais pas si c'est vrai dans tous les autres cas. Je n'ai pas analysé les autres exemples sur le plan économique. Je connais mieux la situation des cancéreux parce que nous sommes un centre de radiologie.

M. Brimacombe: Il est intéressant de noter qu'il y a eu une proposition assez détaillée présentée au gouvernement fédéral à la fin de 1999 ou au début de l'an 2000. Il s'agissait du remplacement des appareils d'IRM, de l'équipement de radiologie, et de scanographie, et des lithotriteurs. On voulait déterminer quel coût d'immobilisation le gouvernement allait assumer, de même que les coûts d'exploitation sur trois ans. L'Association médicale canadienne, de concert avec l'Association canadienne des radiologistes, a présenté une proposition. Si vous la consultez, vous comprendrez quels sont les coûts et les hypothèses que l'on a fait intervenir dans l'équation.

Le président: D'ordinaire, deux ou trois années de coûts d'exploitation équivalent au coût d'immobilisation. C'est la règle courante.

Le sénateur Keon: Je voudrais bien comprendre ce que devrait être un centre universitaire des sciences de la santé et ce qu'il ne devrait pas être. Je sais que M. Rochon, à titre de président de la commission, a longuement fouillé cette question, mais nous devons, nous, la cerner. On ne nous a pas encore pressentis pour l'instant. Je suppose que cela va constituer une sous-catégorie plus tard. Cette question doit être étudiée.

M. Rochon: D'accord.

Le sénateur Keon: Il est trop tard aujourd'hui.

Le président: M. Rochon pourrait peut-être demander à l'AHO de nous écrire à ce propos. J'ai lu la section de votre mémoire que vous n'avez pas abordée. Je demande à mes collègues de se référer à ceci: l'AHO recommande que lè gouvernement fédéral constitue un fonds d'éducation et de formation pour les soins de santé afin de parfaire l'éducation et la formation des professionnels de la santé, en particulier les médecins et les infirmières, et cetera. Si vous pouviez développer cette idée et nous fournir des détails, cela nous serait utile.

Deuxièmement, j'ai une question à poser à celui d'entre vous qui a parlé de la demande de propositions actuelle pour du matériel orthopédique faite par la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail de l'Ontario. Je voudrais savoir si vous êtes prêts à garantir le service. On peut supposer qu'une garantie de service équivaut à un temps maximal limité d'attente, n'est-ce pas?

M. Rochon: C'est cela.

Le président: C'est une des conditions qui interviendra lors de l'examen des offres, n'est-ce pas?

M. Rochon: C'est cela, et le rendement en aval.

Le président: Logiquement, on souhaite des résultats.

M. Rochon: Tout à fait.

Le président: Il y a également l'accès, n'est-ce pas?

Mr. Rochon: Right.

The Chairman: Not to get into confidential bidding data, will people be able to guarantee access?

Mr. Rochon: We have put in a proposal, together with another organization.

The Chairman: It meets the stated conditions of the RFP. In that sense, this committee has said repeatedly that all is alive and well in the two-tiered world of WCBs.

Mr. Rochon: There is another tier, too, but again the hour is late. It relates to those individuals who may be insured through auto insurance.

The Chairman: However, the principle is the same. You make contracts with the big insurers such as All-State to deal with their cases quickly so that they are not left paying a huge bill. Is that correct?

Mr. Rochon: We made this point to Commissioner Romanow as well, that what led to your injury or disability determines your access to rehabilitation services.

The Chairman: If you are to be injured, is it far better to do it in a car or on the job than at home?

Mr. Rochon: You are absolutely right. It is probably better if you are working in your automobile.

The Chairman: On that basis, I should be allowed to use my cellphone in the car. Then I am absolutely safe.

Senator Roche: That is a liability.

The Chairman: Your testimony has been awesomely helpful, particularly in terms of talking about the negotiation that goes with WCBs or WSIBs. Thank you very much for coming. We will go back through some of these other recommendations. We may well get in touch with you, or David McKinnon, and ask to have it fleshed out.

The committee adjourned.

M. Rochon: En effet.

Le président: Sans vouloir révéler les éléments confidentiels des offres, pourra-t-on garantir l'accès?

M. Rochon: Nous avons fait une proposition, de concert avec une autre organisation.

Le président: Cela respecte les conditions stipulées de la demande de propositions. À cet égard, le comité a dit à plusieurs reprises que dans le système à deux niveaux des CAT, tout marche très bien.

M. Rochon: Mais il y a un autre niveau, mais il est trop tard pour en parler. Il s'agit des accidentés qui pourraient être assurés par l'intermédiaire de leur assurance-automobile.

Le président: Mais le principe est le même. On conclut des contrats avec les gros assureurs comme All-State pour que les dossiers soient traités rapidement et éviter les grosses factures, n'est-ce pas?

M. Rochon: Nous avons présenté cet argument au commissaire Romanow, à savoir que la cause de la blessure ou de l'invalidité détermine l'accès aux services de réadaptation.

Le président: Si l'on doit se blesser, il vaut mieux se blesser en voiture ou au travail plutôt qu'à la maison, n'est-ce pas?

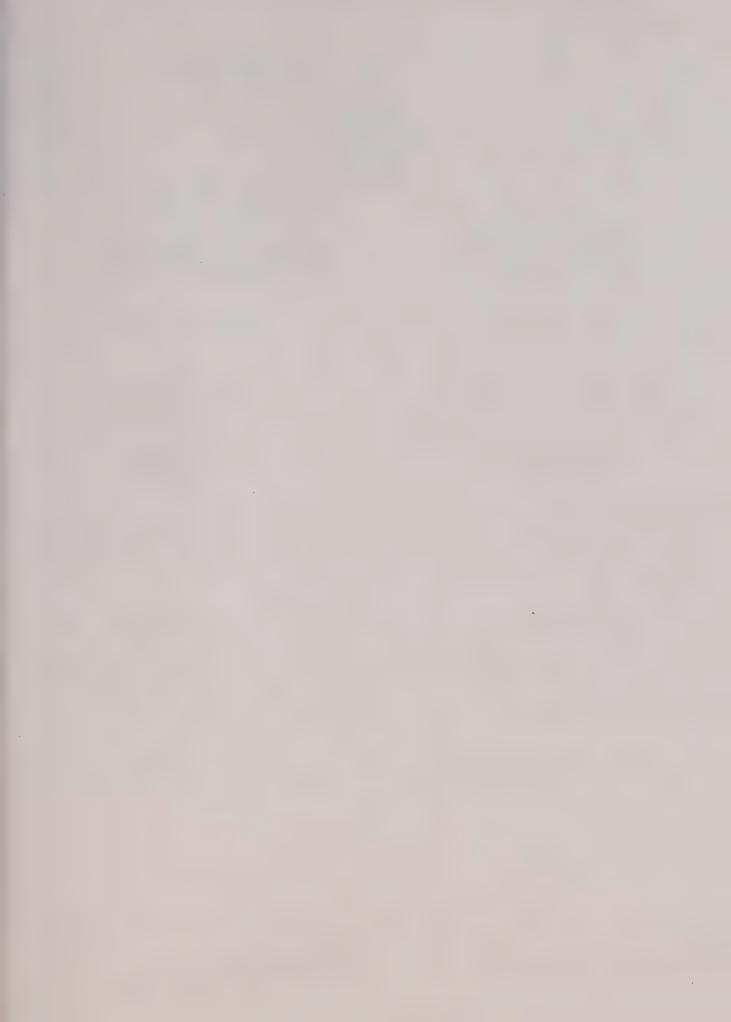
M. Rochon: Vous avez tout à fait raison. C'est encore mieux si vous travaillez dans votre voiture.

Le président: Dans ces conditions, on devrait me permettre de me servir de mon téléphone cellulaire dans ma voiture. Je suis alors totalement couvert.

Le sénateur Roche: C'est une obligation.

Le président: Votre témoignage nous a été de la plus grande utilité, notamment en ce qui concerne les négociations avec les CAT ou les CSPAAT. Merci beaucoup d'être venus. Nous allons analyser certaines de vos recommandations. Nous allons peut-être vous contacter, vous ou David McKinnon, pour obtenir des renseignements supplémentaires.

La séance est levée.





If undelivered, return COVER ONLY to: Communication Canada – Publishing Ottawa, Ontario K1A 0S9

En cas de non-livraison, retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à: Communication Canada – Édition Ottawa (Ontario) K1A 0S9

WITNESSES:

From the Canadian Medical Association:

Dr. Peter Barrett, Past President;

Dr. Susan Hutchison, Chair, GP Forum.

From the Ontario Medical Associaiton:

Dr. Elliot Halparin, President;

Dr. Kenneth Sky, Past President.

From the Ontario Hospital Association:

Mark Rochon, Member, Advocacy Committee

From the Association of Canadian Academic Healthcare Organizations:

Glenn G. Brimacombe, Chief Executive Officer.

From the University Health Network:

Kevin Empey, Chief Financial Officer.

TÉMOINS:

De l'Association médicale canadienne:

Dr. Peter Barrett, ancien président;

Dr. Susan Hutchison, présidente, Forum des omnipraticiens.

De l'Ontario Medical Association:

Elliot Halparin, président;

Dr. Kenneth Sky.

De l'Association des hôpitaux de l'Ontario:

Mark Rochon, membre, Comité de défense.

De l'Association canadienne des institutions de santé universitaires:

Glenn G. Brimacombe, président-directeur général.

De University Health Network:

Kevin Empey, directeur financier.

Available from:
Communication Canada – Canadian Government Publishing
Ottawa, Ontario K1A 0S9
Also available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

En vente: Communication Canada – Édition Ottawa (Ontario) K1A 0S9 Aussi disponible sur internet: http://www.parl.gc.ca YC26 - S51



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001-02

SENATE OF CANADA

Proceedings of the Standing Senate Committee on

Social Affairs, Science and Technology

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, May 29, 2002

Issue No. 57

Fifty-fourth meeting on:

The state of the health care system in Canada

WITNESSES: (See back cover)



Première session de la trente-septième législature, 2001-2002

SÉNAT DU CANADA

Délibérations du Comité sénatorial permanent des

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 29 mai 2002

Fascicule nº 57

Cinquante-quatrième réunion concernant:

L'état du système de soins de santé au Canada

TÉMOINS: (Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, Chair The Honourable Marjory LeBreton, Deputy Chair and

The Honourable Senators:

Callbeck * Carstairs, P.C. (or Robichaud, P.C.) Cook Cordy Di Nino Fairbairn, P.C.

* Ex Officio Members

(Quorum 4)

(or Kinsella) Morin Pépin Robertson Roche

Keon

* Lynch-Staunton

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck * Carstairs, c.p. (ou Robichaud, c.p.) Cook Cordy Di Nino Fairbairn, c.p.

Keon * Lynch-Staunton (ou Kinsella) Morin Pépin Robertson Roche

* Membres d'office (Quorum 4)

Published by the Senate of Canada

Publié par le Sénat du Canada

Available from: Communication Canada Canadian Government Publishing, Ottawa, Ontario K1A 0S9 En vente: Communication Canada - Édition Ottawa (Ontario) K1A 0S9

Also available on the Internet: http://www.parl.gc.ca

Aussi disponible sur internet: http://www.parl.gc.ca

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, May 29, 2002 (68)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in room 705, Victoria Building, at 3:35 p.m., the Deputy Chair, the Honourable Marjory LeBreton, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Fairbairn, P.C., LeBreton, Morin, Pépin and Roche (6).

In attendance: From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Howard Chodos.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (For complete text of Order of Reference see proceedings of the committee, Issue No. 2.)

WITNESSES:

From the Capital Health Authority (Edmonton):

Dr. Ken Gardener, Vice-President, Medical Affairs.

From the Ontario Family Health Network:

Dr. Ruth Wilson, Chair;

Ms Donna Segal, CEO.

The Deputy Chair made a statement.

Dr. Gardener made a statement and answered questions. Dr. Wilson made a statement. The witnesses, together with Ms Segal, answered questions.

At 5:20 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 29 mai 2002 (68)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 15 h 35, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Marjory LeBreton (vice-présidente).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Fairbairn, c.p., LeBreton, Morin, Pépin et Roche (6).

Également présent: De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule nº 2 du comité*.)

TÉMOINS:

De la Capital Health Authority (Edmonton):

Le Dr Ken Gardener, vice-président, Affaires médicales.

Du Réseau Santé familiale de l'Ontario:

La Dre Ruth Wilson, présidente;

Mme Donna Segal, chef de la direction.

La vice-présidente fait une déclaration.

Le Dr Gardener fait une déclaration et répond aux questions. La Dre Wilson fait une déclaration et répond aux questions. Mme Segal, de concert avec les témoins, répond aux questions.

À 17 h 20, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 29, 2002

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 3:35 p.m. to examine the state of the health care system in Canada

Senator Marjory LeBreton (Deputy Chairman) in the Chair.

[English]

The Deputy Chairman: Honourable senators, I should like to welcome to our committee Dr. Ken Gardener and Dr. Ruth Wilson who, by the way, is the daughter of our recently retired colleague, Senator Lois Wilson.

Dr. Ken Gardener, Vice-President, Medical Affairs, Capital Health Authority: Thank you, Madam Chair. For the clarity of members of the committee, I wish to inform you that I am Vice President, Medical Affairs for the Capital Health Authority in Edmonton. I make that clarification because we have a Capital Health Authority in Victoria and Halifax as well.

I would like to express my appreciation for the opportunity to appear before your committee today. I have circulated some brief highlights of my speaking notes. I will provide the committee with a full briefing document at a later date.

I would highlight three issues that I see as historical barriers to the implementation of primary care reform. I will quickly go over where I think primary care reform has the best opportunity for return to the system, and outline some key factors to the successful implementation of primary care reform.

In terms of barriers to implementation, the first thing I have outlined is the profile of the generalist. Historically, over the last few decades in medicine, we have seen a tendency to go from a system of generalist-based medicine to a system of specialty- and subspecialty-based medicine. That has occurred within our hospital system and, to some extent, in family medicine with the development of specialty areas in family medicine around care of the elderly, palliative care, sports medicine, et cetera. Typically associated with this trend to specialtization and subspecialization has been a perception of increased value to the system of these special foci.

As a result, we have seen some decrease in the number of individuals choosing to go into general specialty areas, such as general internal medicine and general surgery. The perception of lesser value to the system has had an impact on community practice.

Associated with that is competition for resources. These resources are financial, technological and human. When the funding is on the table, it has always been a challenge for primary care services to compete with acute hospital-based services.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 29 mai 2002

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 35 pour étudier l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Marjory LeBreton (vice-présidente) occupe le fauteuil.

[Traduction]

La vice-présidente: Honorables sénateurs, je souhaite la bienvenue au Dr Ken Gardener et à la Dre Ruth Wilson qui, soit dit en passant, est la fille de notre collègue Lois Wilson, qui a pris récemment sa retraite du Sénat.

Le Dr Ken Gardener, vice-président, Affaires médicales, Capital Health Authority: Merci, madame la présidente. Pour que ce soit bien clair, je vous signale que je suis vice-président aux affaires médicales pour la Capital Health Authority d'Edmonton. Je tiens à le préciser parce qu'il y a aussi une Capital Health Authority à Victoria et à Halifax.

Permettez-moi tout d'abord de vous remercier de m'avoir invité à comparaître aujourd'hui devant votre comité. J'ai fait circuler un résumé de mes notes d'allocution et je compte faire parvenir un mémoire complet au comité un peu plus tard.

Je voudrais insister en particulier sur trois questions que je considère comme des obstacles historiques à la réforme des soins de santé primaires. Je vais vous décrire quelles sont à mon avis les perspectives de réforme les plus intéressantes pour le système et vous énumérer quelques-uns des facteurs clés pour assurer le succès de cette réforme.

Le premier des obstacles dont j'aimerais vous parler, en ce qui a trait à la mise en oeuvre de la réforme des soins primaires, concerne le profil des omnipraticiens. Depuis quelques décennies, en médecine, nous avons constaté une tendance vers le remplacement d'un système de médecine générale par un système de spécialités et de sous-spécialités. C'est ce qui s'est produit dans les hôpitaux et, dans une certaine mesure, dans le secteur de la médecine familiale avec le développement de spécialités comme la gériatrie, les soins palliatifs, la médecine sportive, et ainsi de suite. De façon générale, cette tendance à la spécialisation et à la sous-spécialisation s'est accompagnée d'une perception selon laquelle ces activités spécialisées ajoutaient de la valeur au système.

Nous avons donc constaté une diminution du nombre de personnes qui choisissent les spécialités générales comme la médecine interne générale et la chirurgie générale. Cette perception relative à une valeur moindre pour le système a eu des effets sur la pratique communautaire.

Il faut ajouter à cela la concurrence pour les ressources financières, technologiques et humaines. Quand vient le moment de répartir les fonds, les services de soins primaires ont toujours du mal à faire concurrence aux services de soins actifs en milieu hospitalier.

The other point relates to public perception. Generally speaking, when you talk to the public, they are quite happy with their primary care system. They may not like doctors in general, but they like their own doctor. Following on from this perception, it is unusual, for example, to see a front page headline which reads, "Patient Waits Five Days to Access Family Physician." What we will see instead is, "Patient Waits Five Days in Emergency to Access In-patient Bed."

The profile of the higher perceived value of the specialties, the effect that has on the competition for resources, and the fact that there has not been a significant public driver, have historically led to less focus on rolling out reform within the primary care system.

The primary care system provides a lot of service. For the sake of simplicity, I have outlined them as health promotion, disease prevention, acute episode management, chronic disease management and interface management. By "interface management," I mean managing the interaction between the primary care system and self-care on the one side and secondary-tertiary care on the other. Over time we have seen a blurring of the margins of these interfaces. Much of what used to be standard now involves interacting with the system. As well, what used to be quite typically hospital-based medical care has now been brought into the community and the primary care environment.

If everything were working well, we would not be meeting. Where are the problems in terms of these particular roles?

Most people would say that the acute episode management and the interface between secondary and tertiary care has not been seen as an issue. Chronic disease management, when you look at national statistics around diabetes care, for example, which is often quoted, and the areas of health promotion and disease prevention have been highlighted as the areas where, if we made changes to the system, we could enhance the role in those areas. Those, along with the self-care and primary care interface, would be the areas where we would look for the largest return on investment.

How do we make that happen? Many initiatives have been suggested, and have brought forward three. The first relates to information management in three areas: public information, practice information and system information. We know that the public has a thirst for health information. The explosion of health-related Web sites and publications has produced a much more informed public and a public that wants to take additional responsibility for their care. In order to support this, we need to ensure as a system that we provide them with reliable and credible health information.

At the practice level, we are speaking of electronic medical records. I can go to an oil change franchise outlet where they type in my licence plate number, and they know my name, the service I had last time, what they advised and what I did not accept. That

L'autre élément se rattache aux perceptions du grand public. De façon générale, quand on parle aux gens, ils se disent assez satisfaits de leur système de soins primaires. Ils n'aiment peut-être pas les médecins en général, mais ils aiment bien celui qui les soigne. En ce sens, il est rare qu'on lise en manchette, par exemple, qu'un malade a dû attendre cinq jours pour avoir accès à son médecin de famille. On entend plutôt parler des gens qui ont dû attendre cinq jours pour avoir accès à un lit d'hôpital.

L'impression que les spécialités ont plus de valeur, les effets qu'a eus cette perception sur la concurrence pour les ressources et le fait qu'il n'y a pas vraiment eu de pressions de la part de la population ont donc fait en sorte qu'on accorde généralement moins d'importance à la réforme du système de soins primaires.

Le système de soins primaires fournit une foule de services. Pour simplifier, je les ai regroupés sous les rubriques de la promotion de la santé, de la prévention de la maladie, de la gestion des épisodes de troubles aigus, de la gestion des maladies chroniques et de la gestion de l'interface, c'est-à-dire la gestion des liens entre le système de soins primaires et les soins autonomes, d'une part, et les soins secondaires et tertiaires, d'autre part. Avec le temps, les limites de cette interface sont devenues plus floues. Une bonne partie de ce qui était autrefois des soins de routine exige maintenant des interactions avec le système. Et, inversement, des soins médicaux qui étaient dispensés couramment en milieu hospitalier ont été transférés dans la communauté et le secteur des soins primaires.

Si tout allait bien, nous ne serions pas ici. Quels sont les problèmes causés par ces divers rôles?

La plupart des gens diraient que la gestion des épisodes de troubles aigus et l'interface entre les soins secondaires et tertiaires ne semblent pas poser de problème. La gestion des maladies chroniques — quand on regarde par exemple les statistiques nationales sur le traitement du diabète, qu'on entend souvent citer —, la promotion de la santê et la prévention des maladies ont cependant été pointées du doigt comme des secteurs dont il serait possible d'améliorer le rôle si nous apportions des changements au système. Avec les soins autonomes et l'interface avec le secteur des soins primaires, ce sont des secteurs dans lesquels des investissements pourraient être particulièrement rentables.

Mais comment y arriver? Beaucoup d'initiatives ont été proposées, et je voudrais vous en mentionner trois. La première se rattache à la gestion de l'information sur trois fronts: l'information publique, l'information aux praticiens et l'information sur le système. Nous savons que le public a soif d'information sur la santé. Avec la prolifération des sites Web et des publications sur la question, les gens sont beaucoup mieux informés et ils veulent prendre leur santé en main. Pour les y aider, nous devons faire en sorte que le système leur fournisse des renseignements fiables et crédibles.

Pour ce qui est des praticiens, il y a la question des dossiers médicaux informatisés. Quand je fais faire ma vidange d'huile chez un concessionnaire spécialisé dans ce genre de chose, le mécanicien n'a qu'à taper mon numéro de plaque pour savoir level of technology is not currently available in many of our community practices.

How does that change quality? It does it by allowing us to build in, as part of routine practice, the evidence-based medicine and the decision-support tools that are available. If a patient with diabetes comes in and registers, irrespective of what the patient is coming in for, the system will flag that he or she has diabetes. We will have in place programmed check marks to register whether they have had their hemoglobin A1C recently, their urine test for protein, their eye examination, et cetera. If those have not been done, a flag will come up, and that will prompt appropriate management.

The second involves formalizing the relationship between the consumer and the provider, the rostering concept. It is usually described in association with alternative payment plans. If we are going to move to a system where we set performance targets and accountability, we need to have a formal relationship between the providers and the consumers.

The last component is team practice. This has been talked about in many forums. From the patient perspective, they deserve to have the services of the skill sets of the various health professions in the community, as they do in the hospitals. From the provider perspective, there needs to be utilization of the full scope of practice. This is the evolution of reform that encourages physicians to form groups, encourages moving to alternative payment plans to allow the full utilization of other providers, and allows the appropriate distribution of work.

Dr. Ruth Wilson, Chair, Ontario Family Health Network: Thank you very much for the opportunity to appear before your committee. My mother briefed me beforehand so that I would show the appropriate amount of respect to your committee.

As a practicing family doctor, I know that the science of medicine is always changing. Every day, doctors have access to more information, better medicines and more advanced techniques. I also know that, no matter how sophisticated the procedures and medications become, no matter how deep our understanding of the origins of disease, a person's relationship with their primary caregiver, their family doctor, is essential if they are to benefit from these medical advances.

I agreed to chair the Ontario Family Heath Network and to work to implement its goals because I believe that family health networks support that relationship. The Ontario Family Health Network is a new provincial agency in Ontario, charged with implementing primary care reform, not on a pilot basis, but on a province-wide basis in Ontario.

comment je m'appelle, quel service j'ai reçu la dernière fois, quels conseils on m'a donné et quels sont ceux que je n'ai pas acceptés. Mais cette technologie n'est pas disponible actuellement dans la plupart de nos pratiques communautaires.

Comment est-ce que cela influe sur la qualité? En nous permettant d'intégrer couramment à notre pratique des soins fondés sur des données précises et de nous servir des outils disponibles pour appuyer nos décisions. Si un patient diabétique vient s'inscrire, d'où qu'il vienne, le système nous permettra de savoir automatiquement qu'il fait du diabète. Et des points de contrôle auront été programmés pour nous permettre de savoir s'il a eu récemment son hémoglobine glycosylée, son test d'urine pour les protéines, son examen de la vue, et ainsi de suite. Si ces choses-là n'ont pas été faites, nous en serons avertis et nous pourrons gérer le cas de façon appropriée.

Le deuxième aspect concerne les rapports entre le consommateur et le fournisseur de soins, selon le modèle des listes de services. C'est une question qu'on associe généralement aux nouveaux régimes de rémunération. Si nous devons nous diriger vers un système comprenant des objectifs de rendement et des obligations de reddition de comptes, il faudra des liens suivis entre les fournisseurs de soins et les consommateurs.

Le dernier élément, c'est la pratique en équipe. Il en a été question dans de nombreuses tribunes. Du point de vue des patients, ils méritent d'avoir accès aux services spécialisés des différents professionnels de la santé dans la communauté, tout comme dans les hôpitaux. Et du point de vue des fournisseurs de soins, il faut utiliser pleinement les possibilités de pratique. C'est le volet de la réforme qui encourage les médecins à constituer des groupes, qui favorise l'adoption de nouveaux régimes de rémunération pour assurer la pleine utilisation des compétences de tous les intervenants et qui permet une bonne répartition du travail.

La Dre Ruth Wilson, présidente, Réseau Santé familiale de l'Ontario: Merci beaucoup de m'avoir invitée à comparaître devant votre comité. Ma mère m'a bien avertie de vous manifester tout le respect qui vous est dû.

En tant que médecin de famille, je sais que la médecine évolue constamment. Les médecins ont accès chaque jour à des données nouvelles, à de meilleurs médicaments et à des techniques plus avancées. Je sais aussi que, aussi perfectionnés que puissent être les procédures et les médicaments, aussi profonde que puisse être notre compréhension des origines d'une maladie, la relation entre les patients et leur fournisseur de soins primaires — leur médecin de famille — est essentielle pour qu'ils puissent bénéficier des progrès de la médecine.

J'ai accepté de présider le Réseau Santé familiale de l'Ontario et de travailler à la réalisation des objectifs qu'il vise parce que je suis convaincue que les réseaux de santé familiale sont favorables à cette relation. Le Réseau Santé familiale de l'Ontario est un nouvel organisme provincial chargé de la mise en oeuvre de la réforme des soins primaires, non pas sur une base expérimentale, mais pour l'ensemble de l'Ontario.

I became involved for three reasons. The first is that, for the last 10 years, I have been the head of the department of family medicine at Queen's University. I was educating young family doctors to run a full-range practice, but, as I was with them as they learned how to deliver a baby, I felt that I was wasting my efforts because I knew that, when they graduated and went into a practice environment, it would not support them with practice infrastructure, financial incentives, and teams that would enable them to practice that full range of care that I had been training them for. As a result, I was feeling increasingly frustrated in my educational role. We were producing well-trained family doctors who were attractive to the States and other places but were not well supported here in Canada.

In my work at Queen's, over the last five years, I have been involved in a project in Bosnia to help them develop their primary care system. When I am in Europe, I am very aware of how well regarded the Canadian health care system is. Fifty per cent of our doctors are family doctors. We have a good balance between the generalist and the specialist to whom Dr. Gardener referred. There are many strengths in our system. We do not need a revolution. However, we need increased support for the work family doctors do. I am particularly concerned about the decreasing level of interest in family medicine as a career.

Finally, I have a personal level of interest in primary care reform. Some of you know my family. We have faced some health problems in the last couple of years. Family members have good relationships with their GPs, but some GPs, including some who serve my family, have Monday to Friday office hours. If someone is sick after hours, short of breath wondering what he or she should do, the alternative is to call the doctor daughter or go to the emergency department. I think we can do better in providing access to care for citizens.

I will outline what we now offer to all family physicians in Ontario. Since the end of January, we have been able to offer the ability to form family health networks. I will go into some detail for you, and I also have handouts you may take away and study. I will focus heavily on family doctors in my remarks. However, I do have a vision for primary care reform that goes beyond family doctors. We absolutely need to work with other professionals in networks of providers to support our patients. We are expecting and hoping the relationships with other professionals will grow as we put family health networks in place.

In some ways, I apologize that I am not going to speak more about other providers; but in other ways, I am not apologetic, as I do think we need to fundamentally support and network our family medicine practice group in Ontario.

Je me suis intéressée à cette question pour trois raisons. La première, c'est que je dirigeais depuis dix ans le département de médecine familiale à l'université Queen's. J'enseignais tous les aspects de la pratique aux jeunes médecins de famille, mais quand j'étais à leur côté pour leur montrer à faire des accouchements, j'avais l'impression de perdre mon temps parce que je savais qu'une fois qu'ils auraient obtenu leur diplôme et qu'ils se retrouveraient en pratique privée, ils n'auraient pas le soutien nécessaire, en termes d'infrastructure, d'encouragements financiers et d'équipe, pour dispenser l'ensemble des soins pour lesquels je les avais formés. Je me sentais donc de plus en plus frustrée dans mon rôle d'éducatrice. Nous produisions des médecins de famille bien formés, qui étaient intéressants pour les États-Unis et pour d'autres pays, mais qui ne bénéficiaient pas d'un soutien suffisant ici au Canada.

Dans le cadre de mon travail à Queen's, au cours des cinq dernières années, j'ai participé à un projet en Bosnie pour aider les gens de là-bas à développer leur système de soins primaires. Quand je suis en Europe, je suis très consciente de l'excellente réputation dont jouit le système canadien de soins de santé. La moitié de nos médecins sont des médecins de famille. Nous avons un bon équilibre entre les omnipraticiens et les spécialistes dont le Dr Gardener vous a parlé. Il y a beaucoup de points forts dans notre système. Nous n'avons pas besoin d'une révolution. Mais nous devons mieux soutenir les médecins de famille dans leur travail. Je suis particulièrement préoccupée par le fait que les gens sont moins intéressés à faire carrière en médecine familiale.

Enfin, je m'intéresse aussi à la réforme du système de soins primaires pour des raisons personnelles. Certains d'entre vous connaissent ma famille. Nous avons connu des problèmes de santé ces dernières années. Les membres de ma famille ont de bonnes relations avec leur médecin de famille, mais certains omnipraticiens, y compris parmi ceux qui soignent ma famille, ne font du bureau que du lundi au vendredi. Si un membre de la famille est malade en dehors des heures de bureau et qu'il est inquiet parce qu'il ne sait pas quoi faire, il a le choix entre appeler la fille médecin ou aller à l'urgence. Je pense que nous pouvons offrir aux citoyens un meilleur accès aux soins de santé.

Je vais vous décrire ce que nous offrons actuellement à tous les médecins de famille en Ontario. Depuis la fin de janvier, ils ont la possibilité de former des réseaux de santé familiale. Je vais vous expliquer en détail en quoi cela consiste, et j'ai aussi des documents que vous pourrez conserver et regarder de plus près. Mes remarques vont porter surtout sur les médecins de famille, mais ma vision de la réforme du système de soins primaires va audelà des médecins de famille. Nous devons absolument travailler avec d'autres professionnels, dans des réseaux de fournisseurs, pour soigner nos patients. Nous espérons que les relations avec les autres professionnels se resserreront quand nous aurons mis en place des réseaux de santé familiale.

En un sens, je m'excuse de ne pas vous parler davantage des autres fournisseurs de soins; mais d'un autre côté, je ne suis pas vraiment désolée parce que je pense que nous devons essentiellement soutenir et regrouper nos praticiens de médecine familiale en Ontario.

In Ontario, the support that I have spoken of partly lies in the funding model that was negotiated by the Ministry of Health and Long-Term Care and the Ontario Medical Association. When you talk about barriers to moving forward in primary care, in Ontario the fact that the OMA and the ministry have jointly agreed on this funding arrangement, has been a tremendous source of strength to me as an implementer, as I go out to explain it to doctors.

The payment system provides rewards for full-service family medicine and there are payments for meeting preventive targets in areas such as pap smears, mammograms, flu shots and immunizations, and there are targets for comprehensive care and taking advantage of CME, continuing medical education.

There are also premiums for caring for patients outside the office. This is something that family doctors are well able to do. The financial incentives have not been there for a number of years. There are financial incentives for doing house calls, and for palliative, prenatal, obstetrics and hospital care. This encourages doctors to be with their patients when a baby is delivered and in the nursing home when they grow old. It encourages the cradle-to-grave care that they know how to deliver.

I mentioned preventive care and that family heath networks encourage continuity of care and the doctor-patient relationship. When patients enrol with a physician in a family health network, they undertake to seek primary care from that network first, unless they are in an emergency situation or on holidays, travelling somewhere. Patients sign a form saying that they will undertake to receive their primary care through the network in the first instance. That is the difference between seeing "the" doctor and seeing "your" doctor. It fosters a personal relationship.

As well, family health networks will receive funding for information technology. You have heard about the enormous clinical potential of information technology. Significant funding is going into providing software and hardware for family health networks.

I see a lack a of data standards in primary care. In that regard, I would mention that I enjoyed reading your fifth report with its recommendations. I was particularly struck by the analogy about who would provide the diagnostic service if a person says that his light bulb is burned out. In your report you posed the question of whether it would be cheaper to call in an electrician, who changes light bulbs at great cost, or an electrician who could make a diagnosis. You dance a line on that, but you point out that, from the perspective of the person with the problem, the only difficulty they recognize is that it is dark. Our national current coding systems will code the burnt out light bulb, the fuse box problem, the major wiring problem, but we do not have good coding systems for "dark."

En Ontario, le soutien dont je vous ai parlé repose sur le modèle de financement qui a été négocié par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et l'Ontario Medical Association, l'OMA. Quand on parle d'obstacles au progrès dans le domaine des soins primaires, je dois dire — et c'est ce que j'explique aux médecins — qu'en Ontario, le fait que l'OMA et le ministère se soient entendus sur ce mode de financement a été pour moi un soutien extrêmement utile dans mes efforts de mise en oeuvre.

Le système de paiement prévoit une rémunération pour l'ensemble des services de médecine familiale, ainsi que pour les mesures de prévention comme les tests Pap, les mammographies, les vaccins antigrippaux et les autres immunisations; il y a aussi des objectifs relatifs aux soins complets et aux possibilités de formation médicale continue.

Le système prévoit également des primes pour les soins à l'extérieur du bureau. C'est une chose que les médecins de famille sont tout à fait capables de faire, mais il n'y avait plus d'incitatifs monétaires depuis des années pour les y encourager. Il y a maintenant des incitatifs monétaires pour les visites à domicile, ainsi que pour les soins palliatifs, prénatals, obstétriques et hospitaliers. Cela encourage les médecins à être aux côtés de leurs patientes quand elles accouchent et à continuer de les soigner quand elles vieillissent et qu'elles se retrouvent dans un foyer. Cela favorise les soins du berceau jusqu'à la tombe que les médecins de famille savent si bien dispenser.

J'ai mentionné les soins préventifs et j'ai dit que les réseaux de santé familiale favorisent la continuité dans les soins et dans les rapports entre les médecins et leurs patients. Quand les patients s'inscrivent auprès d'un médecin, dans un réseau de santé familiale, ils s'engagent à faire appel à ce réseau en premier s'ils ont besoin de soins primaires, sauf en cas d'urgence ou s'ils sont en voyage quelque part. Ils signent un formulaire en ce sens. C'est la différence entre voir «le» médecin et voir «son» médecin. Cela favorise les relations personnelles.

Les réseaux de santé familiale recevront également des fonds pour profiter de la technologie informatique. Vous avez entendu parler de l'immense potentiel clinique de cette technologie. Les réseaux disposeront d'un budget important pour se procurer du matériel informatique et des logiciels.

À mon avis, il n'y a pas suffisamment de normes relatives aux données sur les soins primaires. À cet égard, je tiens à souligner que j'ai bien aimé les recommandations de votre cinquième rapport. J'ai été particulièrement frappée par votre analogie au sujet de la personne qui doit faire un diagnostic pour quelqu'un qui lui dit que son ampoule est brûlée. Dans votre rapport, vous vous demandez s'il en coûterait moins cher d'appeler un électricien qui changerait l'ampoule au prix fort, ou un électricien capable d'établir un diagnostic. Vous ne répondez pas très clairement à la question, mais vous faites remarquer que, du point de vue de la personne qui a un problème, la seule chose qu'elle constate, c'est qu'il fait noir. Nos systèmes nationaux actuels de codage permettent de préciser si l'ampoule est brûlée, si

As a family doctor, I see lots of patients with symptoms. They are tired, depressed and dizzy. They are not sleeping and they are run down. Sometimes I cannot make a diagnosis for quite a while, and sometimes I never make a diagnosis. A multiplicity of factors contributes to that.

We do not have a way of coding or making sense of many symptoms in our IT systems. Our IT systems are heavily influenced by the hospital sector, which is good at coding appendicitis or arthritis. Some leadership needs to be taken in establishing data standards for primary care — standards to which family doctors, nurses and nurse practitioners can contribute. There may be a potential federal role to be played in that area.

I will speak about some of the advantages that physicians and others have found in the family health network funding model. For the last number of years, we have been undertaking pilot projects in Ontario. We have now moved beyond the pilot phase. The pilot projects have given us important information about some of the advantages of our funding model.

In particular, a significant portion of the funding is capitation or base rate payments. That gives equity in health funding so that the funding is the same for each network for the patient population covered. It also gives doctors in the network some stability. They know there is funding coming in on a regular basis that does not depend on a fee-for-service treadmill to ensure they are remunerated properly. It frees them up to practice in a different way, to give advice over the phone and to work with a nurse practitioner to provide care. They like the fact that they can take a vacation and know that their overhead costs will be covered. They get a better balance between work and lifestyle. We need that to stabilize the physician workforce in Ontario.

Finally, I would draw to your attention the issue of access to care. In the family health network model in Ontario, we ask networks to provide access to care through a combination of regular office hours and extended evening and weekend hours. When the office is closed, the phones are answered by a nurse who performs a teletriage encounter with the patient. The patient can either be sent to the emergency department, given some advice about self care or, in our model, if the nurse is not sure what to do, she has the ability to phone the doctor on call for that network, and he or she has access to the patient's record. Between them, they can figure out some advice for the patient or see the patient, if required.

I am very optimistic about the success of family health networks. We received serious requests for information projecting revenue analyses for over 500 physicians in Ontario. My staff and le fusible a sauté, s'il y a un problème majeur dans les fils, mais nous n'avons pas de système de codage satisfaisant pour dire qu'il fait noir.

Comme médecin de famille, je vois beaucoup de patients qui ont différents symptômes. Ils sont fatigués, déprimés et étourdis. Ils dorment mal et ils sont au bout du rouleau. Il me faut parfois un bon bout de temps pour établir un diagnostic, et je n'y arrive pas toujours. Il y a une foule de facteurs qui contribuent à cela.

Il y a de nombreux symptômes que nos systèmes informatiques ne nous permettent pas de coder ou de comprendre. Ces systèmes sont influencés en bonne partie par le secteur hospitalier, où on a l'habitude de coder les appendicites ou l'arthrite. Il faudra que quelqu'un prenne l'initiative d'établir des normes relatives aux données sur les soins primaires, des normes auxquelles les médecins de famille, les infirmières et les infirmières praticiennes pourront contribuer. Le gouvernement fédéral aurait peut-être un rôle à jouer dans ce domaine.

Je vais maintenant vous parler de quelques-uns des avantages que le modèle de financement des réseaux de santé familiale offre aux yeux des médecins et des autres intervenants. Ces dernières années, nous avons mené divers projets pilotes en Ontario. Nous avons maintenant terminé cette phase expérimentale. Ces projets pilotes nous ont fourni une information importante sur certains des avantages de notre modèle de financement.

En particulier, la rémunération se fait en bonne partie sous forme de paiements par capitation, selon un taux de base. Cette formule assure une certaine équité, en ce sens que le financement est le même pour chaque réseau en fonction du nombre de patients soignés. Elle donne également une certaine stabilité aux médecins du réseau. Ils savent qu'ils vont être payés régulièrement, sans être obligés d'accumuler les cas pour être certains d'avoir un salaire décent selon le système de rémunération à l'acte. Ils sont donc libres de pratiquer différemment, de donner des conseils au téléphone et de travailler avec une infirmière praticienne pour soigner leurs patients. Ils apprécient la possibilité de prendre des vacances en sachant que leurs frais généraux vont être payés. Ils peuvent mieux équilibrer leur vie personnelle et professionnelle. Nous devons offrir plus de stabilité aux médecins ontariens.

Enfin, je voudrais attirer votre attention sur la question de l'accès aux soins. Dans le modèle ontarien des réseaux de santé familiale, nous demandons à ces réseaux d'offrir des soins non seulement pendant les heures normales de travail, mais également le soir et les fins de semaine. Quand les bureaux sont fermés, il y a une infirmière qui prend les appels et qui effectue un tri préliminaire par téléphone. Le patient peut être envoyé à l'urgence ou bénéficier de conseils qui lui permettront de se soigner lui-même, ou encore, selon notre modèle, si l'infirmière n'est pas certaine de ce qu'il faut faire, elle peut téléphoner au médecin de garde pour le réseau, qui a accès au dossier du patient. À eux deux, ils peuvent trouver une réponse pour le patient ou le voir au besoin.

Je suis très optimiste quant au succès des réseaux de santé familiale. Nous avons reçu des demandes d'information de plus de 500 médecins ontariens, qui étaient sérieusement intéressés et qui

I held meetings with more than 520 interested physicians. On May 16, the Honourable Tony Clement opened the first family health network in Ontario, the Dorval Medical Associates Family Health Network, in Oakville. We expect other openings soon.

For some physicians, this has been a difficult decision. We are asking them to move into a group practice to be paid in a different way, to consider collaboration with other colleagues and to take advantage of information technology. It takes them a while to get used to that idea. We have provided them with a workbook—and I have provided you with that as well—that outlines the funding model and an information kit that gives some basic information on it. I have also given you a patient brochure which outlines what we are asking the patient to do.

I would suggest that you take a moment to read the few paragraphs written by Dr. George Southey, the lead physician in the first family health network. We did not write his remarks for him. He came up with a list of the reasons patients and physicians would be well served by family health networks. I will read the last paragraph which states that:

One of the great defining characteristics of our society is our collective decision to care for each other through our health care system. What a great reflection on us as a country.

The Deputy Chairman: How has the Telephone Health Advisory Service that is now being offered in Ontario working? Is there any system of tracking the success rate when calls come in?

Dr. Wilson: That is a good question. There are currently two systems operating in Ontario. One is the system that is open to everyone. That is the one to which you are referring. It provides similar advice to the advice that family health network patients would get. However, it cannot link you to a doctor.

If you call the nurse for the provincial system, she will give you self-care advice, direct you to emergency, or advise you to seek medical advice. She does not have the ability to link you to your doctor or to a doctor to get that advice. There is slight difference.

We have evaluated both systems to some extent. Our Web site has some information that the committee might want to look at. It shows good results in terms of decreasing the demand for emergency services. When patients are asked what they would have done if they been unable to speak to a nurse, many say that they would have gone to emergency but, they say that, having spoken to the nurse, they will take another course of action. We are pleased to hear that. That is why we are making it part of the roll-out.

voulaient savoir quels étaient les revenus possibles. Mon personnel et moi avons rencontré plus de 520 médecins intéressés. Le 16 mai, l'honorable Tony Clement a inauguré le premier réseau de santé familiale en Ontario, le Dorval Medical Associates Family Health Network à Oakville. Et nous nous attendons à ce qu'il y en ait d'autres bientôt.

Pour certains médecins, la décision a été difficile. Nous leur demandons de s'intégrer à une pratique de groupe et d'accepter d'être rémunérés autrement, d'envisager une collaboration avec des collègues et de se servir de l'informatique. Il leur faut du temps pour se faire à l'idée. Nous leur avons fourni un manuel pratique — que je vous ai remis également — qui contient une explication du modèle de financement et une trousse d'information comprenant des renseignements essentiels. Je vous ai également remis une brochure dans laquelle nous expliquons aux patients ce que nous attendons d'eux.

Je vous suggère de prendre quelques instants pour lire les quelques paragraphes écrits par le Dr George Southey, le médecin qui dirige le premier réseau de santé familiale. Nous n'avons pas rédigé ces commentaires à sa place. C'est lui qui a dressé la liste des raisons pour lesquelles les réseaux de santé familiale seront avantageux pour les patients et pour les médecins. Je vais vous lire le dernier paragraphe, qui dit ceci:

Notre décision collective de prendre soin les uns des autres dans notre système de soins de santé est une des caractéristiques essentielles de notre société. Quel beau témoignage sur notre pays!

La vice-présidente: Comment fonctionne le Service téléphonique d'aide médicale qui est maintenant offert en Ontario? Y a-t-il un système qui permet de mesurer le taux de succès pour les appels reçus?

La Dre Wilson: C'est une question intéressante. Il y a actuellement deux systèmes en place en Ontario. Il y en a un qui est ouvert à tout le monde; c'est de celui-là que vous voulez parler. On peut y obtenir des conseils du même genre que ceux que reçoivent les patients d'un réseau de santé familiale. Mais on ne peut pas avoir accès à un médecin.

Si vous appelez l'infirmière, dans le système provincial, elle vous expliquera comment vous soigner vous-même, elle vous dira de vous rendre à l'urgence ou elle vous conseillera de consulter un médecin. Elle ne peut pas vous mettre en contact avec votre médecin ou avec un autre médecin pour cette consultation. C'est un peu différent de notre système.

Nous avons évalué les deux systèmes jusqu'à un certain point. Notre site Web contient des renseignements qui pourront intéresser les membres du comité. Vous y verrez que nous avons réussi à réduire la demande de services d'urgence. Quand on demande aux patients ce qu'ils auraient fait s'ils n'avaient pas pu parler à une infirmière, beaucoup répondent qu'ils seraient allés à l'urgence, mais qu'après avoir parlé à l'infirmière, ils vont faire autre chose. Nous sommes heureux d'entendre ce genre de commentaire. C'est la raison pour laquelle nous avons inclus cela dans nos activités de déploiement.

The Deputy Chairman: Is it taking pressure off 911 responses?

Dr. Wilson: Our numbers indicate that a small percentage of people would not go to the emergency department. The nurse, however, may advise the patient not to ignore, say, a that chest pain, and offer to call 911. That is a more appropriate use of the 911 service.

Dr. Gardener: In Edmonton, in September 2000, we launched Capital Health Link, a 24-hour-a-day, seven-day-a-week health information line. The board had identified that providing information to the public was a key business of the regional health authority. This afforded us the opportunity to coalesce what we discovered were over 40 different health information lines that were operating in the region.

We set the line up to do two things. One was to provide advice to the public on how to navigate the complicated system. Knowing how to access Home Care Services for a relative or finding out where prenatal classes are held, is information that the public wanted.

The line was also set up to provide health advice. This is done through partnering with software-based nurse triage algorithms developed by the Cleveland Clinic. In the first year of operation we had 250,000 calls. The public response was overwhelming. The evaluations we did were very positive. The independent firm we hired indicated that they had never seen satisfaction levels in an evaluation of a call centre at that level in any other area of the industry.

Similar to what Dr. Wilson indicated, the purpose of this is to help patients manage that interface between self-care and primary care. The new mother who wakes up in the middle of the night with a baby who she thinks has a fever is often not sure whether she needs to go to emergency or not.

When we followed this, we immediately noticed that the increase in the number of non-urgent visits to emergency was going down. In the last quarter of the last fiscal year, we saw an actual decrease in the number of non-urgent visits to emergency for the first time in years.

Reducing non-urgent emergency department use is great in that you can save some money. However, the key here is the appropriate use of the resources. A number of people can avoid going to an emergency department. However, if one or two people, who are uncertain whether they need to go to emergency—and they do need to go—and they are advised to go to get the appropriate blood thinning medication for their stroke, for example, and as a result they end up with a slight or no residual deformity, then that is where there is significant impact.

La vice-présidente: Est-ce que cela enlève de la pression sur le service 911?

La Dre Wilson: Nos chiffres indiquent qu'un faible pourcentage de gens ne seraient pas allés d'eux-mêmes à l'urgence. Mais l'infirmière peut conseiller à un patient de ne pas négliger une douleur à la poitrine, par exemple, et offrir d'appeler le 911. C'est un usage plus approprié du service 911.

Le Dr Gardener: À Edmonton, nous avons lancé en septembre 2000 le service Capital Health Link, une ligne d'information sur la santé ouverte 24 heures par jour et sept jours par semaine. Le conseil a déterminé que l'information publique était un des rôles clés de l'office régional de la santé. Cela nous a permis de regrouper toutes les lignes d'information sur la santé en service dans la région — nous nous étions rendu compte qu'il y en avait plus de 40.

Nous avons mis ce service sur pied pour faire deux choses. Premièrement pour expliquer aux gens comment naviguer dans notre système complexe. La population voulait par exemple de l'information sur la façon d'obtenir des soins à domicile pour un membre de la famille ou sur l'endroit où se donnent les cours prénatals.

Deuxièmement, le service vise également à donner des conseils en matière de santé, grâce à des logiciels permettant l'application d'algorithmes de triage par des infirmières mis au point par la Cleveland Clinic. Au cours de la première année du service, nous avons reçu 250 000 appels. La réponse de la population a été extraordinaire. Les évaluations que nous avons faites ont été très positives. Les consultants indépendants que nous avons embauchés nous ont dit qu'ils n'avaient jamais vu de tels niveaux de satisfaction dans d'autres secteurs de l'industrie pour l'évaluation d'un centre d'appel.

Comme l'a dit la Dre Wilson, ce service vise à aider les patients à gérer l'interface entre les soins qu'ils peuvent administrer euxmêmes et les soins primaires. Souvent, la nouvelle maman qui se fait réveiller par son bébé au milieu de la nuit et qui pense qu'il fait de la fièvre ne sait pas si elle doit se rendre à l'urgence ou non.

Quand nous avons examiné la situation, nous avons immédiatement remarqué que l'augmentation du nombre des visites non urgentes à l'urgence était en train de ralentir. Et, pour le quatrième trimestre de la dernière année financière, nous avons en fait constaté pour la première fois depuis des années une diminution du nombre de visites non urgentes à l'urgence.

La réduction du recours aux services d'urgence pour les cas non urgents est une excellente chose parce que cela permet d'économiser de l'argent. Ce qui compte, cependant, c'est l'utilisation appropriée des ressources. Bien des gens pourraient éviter d'aller à l'urgence. Mais s'il y a une ou deux personnes qui hésitent à y aller — alors qu'elles le devraient —, qui se font dire de s'y rendre afin de recevoir les médicaments appropriés pour éclaircir leur sang par suite d'un accident cérébrovasculaire, par exemple, et qui ne gardent à peu près aucune séquelle de leur accident grâce à cette intervention, c'est là que le service peut être extrêmement utile.

The Deputy Chairman: I should like to hear both of your comments to my next question.

Dr. Wilson, in your paper you acknowledge that we are asking family physicians to change the way they are paid and move from the present system to a primary care team approach.

You have had this experience in Edmonton, Dr. Gardener.

What kind of incentives would you suggest? How do we get there? Do we target new, young doctors coming out of medical schools? Have you given that some thought? Have you put into practice some devices or proposals to get doctors into primary care without a lot of personal stress?

Dr. Wilson: My work now involves exactly that. You will see how we do and what works best.

We believe that financial incentives are important. The financial rewards for physicians moving into family health networks are there. I tell them that I do not expect them to move into a new form of practice unless it makes sense to them financially. There are some financial bonuses and incentives. In particular, they are targeted to the full-spectrum comprehensive care that we want to see as opposed to the episodic care where the rewards have been centred recently.

Beyond that, you are right, senator, in that more needs to be done. We are putting in place some courses to help doctors in the kind of team building and group work that they will have to do, both with other physicians so as to establish a level of trust if they are not used to working in groups of doctors, and also to help them work in collaboration with other providers.

There was an interesting study done here in Ottawa by Dan Way and Linda Jones, which indicates that, if you take time to teach family doctors and nurse practitioners how to collaborate, they end up collaborating more. If you do not teach them how, they end up talking to each other less. The situation does not stay neutral, it deteriorates. Those sorts of educational opportunities for doctors are important.

In practical terms, we have medical consultants and site coordinators, staff people from our network, who will meet with groups of doctors and work them through, step-by-step, what is required to form a family health network. We will do as much of the paperwork and administration for them as we can. For example, if they get to the point where they want to form a network, we will do the mailings for the enrolment of patients. We do this so as to take as much of the administrative paperwork from them as possible.

The Deputy Chairman: Dr. Gardener, do you have some comments on that evolution?

La vice-présidente: J'aimerais que vous répondiez tous les deux à ma prochaine question.

Docteure Wilson, vous mentionnez dans votre document que nous demandons aux médecins de famille de changer la façon dont ils sont rémunérés et de passer du système actuel à un système fondé sur une approche de soins primaires en équipe.

Vous avez fait l'expérience de cette approche à Edmonton, docteur Gardener.

Quel genre d'incitatifs suggérez-vous? Et comment pouvonsnous en arriver là? Est-ce que nous devrions cibler les jeunes médecins qui sortent de l'université? Avez-vous réfléchi à cette question? Avez-vous mis en pratique des mécanismes ou des propositions pour inciter les médecins à choisir cette façon de dispenser des soins primaires sans beaucoup de stress personnel?

La Dre Wilson: C'est exactement en quoi consiste mon nouveau travail. Je vais vous expliquer ce que nous faisons et ce qui fonctionne le mieux.

Nous croyons que les incitatifs monétaires sont importants. Il y a des récompenses d'ordre financier pour les médecins qui adhèrent à un réseau de santé familiale. Je leur dis que je ne m'attends pas à ce qu'ils se lancent dans un nouveau genre de pratique si ce n'est pas intéressant pour eux sur le plan financier. Il y a des bonis et d'autres incitatifs monétaires, qui mettent l'accent en particulier sur les soins intégrés que nous recherchons, plutôt que sur les soins épisodiques sur lesquels le régime de rémunération mettait l'accent jusqu'ici.

Mais au-delà de cela, vous avez raison de dire, madame le sénateur, qu'il faut en faire plus. Nous sommes en train de mettre en place des cours qui aideront les médecins à former des équipes et à travailler en groupes comme ils auront à le faire, tant pour établir un certain niveau de confiance avec les autres médecins, s'ils n'ont pas l'habitude de travailler avec des collègues, que pour les aider à collaborer avec les autres fournisseurs de soins.

Il y a une étude intéressante qui a été réalisée ici, à Ottawa, par Dan Way et Linda Jones et qui a révélé que, quand on prend le temps de montrer aux médecins de famille et aux infirmières praticiennes comment collaborer, ils travaillent beaucoup mieux ensemble. Si on ne le leur montre pas, ils se parlent moins. La situation ne reste pas neutre, elle se détériore. Ce genre de sensibilisation des médecins est importante.

Sur le plan pratique, nous avons des consultants médicaux et des coordonnateurs locaux, des gens de notre réseau qui vont aller rencontrer les groupes de médecins et leur expliquer, étape par étape, ce qu'il faut faire pour former un réseau de santé familiale. Nous allons nous occuper le plus possible des formalités administratives à leur place. Par exemple, s'ils sont prêts à former un réseau, nous allons faire les envois postaux nécessaires pour recruter des patients. Nous le faisons pour les soulager le plus possible des tâches administratives.

La vice-présidente: Docteur Gardener, avez-vous quelque chose à dire au sujet de cette évolution?

Dr. Gardener: It is a significant challenge. If you were to look in most environments at present, you would clearly see three groups of physicians. There are physicians who are ready to go. They know that they want to change the way they practice. They are happy to look at alternate payment, and they are pushing to make it happen.

At the other end of the spectrum there are physicians who are perfectly happy with the way things are.

Then there is a group in the middle who are interested, and they get the information and might look at it, but they are not ready to take the leap.

Historically, we have been working diligently with the first group. We have been trying to get a critical mass of individuals practising in an alternate environment and becoming the champions who will tell others how good this is. That has been how we have been trying to approach this.

There are challenges. Dr. Wilson mentioned the change management process. In the northeast project that we set up in Edmonton, we quickly discovered that you cannot just put doctors, nurse practitioners, rehabilitation specialists and other people in place and expect a team to form instantly. A significant amount of work is involved in that.

One of the challenges of alternate payment plans is to ensure that you do not have the relative value guide wrong again. As evidenced by the work done by Dr. Wilson and her colleagues, much effort has been put into ensuring that you do not give up necessarily the good points of one system simply for another. Each system has its own pluses and minuses. If you end up getting the relative value guide wrong on a pure capitation system, you can be in for more trouble than you anticipated.

We are working through the critical phase, getting critical mass and building on success.

Senator Callbeck: Dr. Gardener, I want to ask you about something you have not touched on today. Last year, I believe it was, the Edmonton authority won an innovation award for setting up councils to act as a communication link between the board and the community.

How were those councils set up? How many are on them? How were the people on them chosen? Are they volunteers? How do they communicate with the community?

Dr. Gardener: The community health councils were set up initially at the time of regionalization. I am not sure of the exact number of members on each council, but it is roughly 10 or 12. A notice went out to the public calling for interested individuals to sit on the community health councils. Individual applications came in. A combination of board members with support from members of the administrative team worked through the selection

Le Dr Gardener: C'est tout un défi. Si vous analysez la plupart des milieux à l'heure actuelle, vous constaterez qu'il y a clairement trois groupes de médecins. Il y a ceux qui sont prêts à se lancer. Ils savent qu'ils veulent changer leur façon de pratiquer. Ils sont contents d'envisager un nouveau mode de rémunération et ils font des pressions pour que cela se fasse.

À l'autre bout de l'échelle, il y a des médecins qui sont parfaitementsatisfaits de la situation actuelle.

Et, entre les deux, il y en a qui sont intéressés, qui reçoivent l'information et qui l'étudieront peut-être, mais qui ne sont pas prêts à faire le saut.

Nous avons travaillé avec diligence auprès du premier groupe. Nous avons essayé de former une masse critique de médecins prêts à pratiquer de façon différente et à se faire les champions de cette nouvelle formule, pour en vanter les avantages aux autres. C'est l'approche que nous avons essayé d'appliquer.

Ce n'est pas toujours facile. La Dre Wilson a mentionné le processus de gestion du changement. Dans le projet nord-est que nous avons mis sur pied à Edmonton, nous avons rapidement découvert qu'on ne peut pas se contenter de mettre des médecins, des infirmières praticiennes, des spécialistes en réadaptation et d'autres intervenants quelque part et s'attendre à ce qu'ils forment instantanément une équipe. Cela exige beaucoup de travail.

Un des défis que posent les nouveaux régimes de rémunération, c'est qu'il faut nous assurer que nous ne nous trompons pas encore une fois dans l'unité de valeur relative. Comme l'a démontré le travail effectué par la Dre Wilson et ses collègues, nous avons fait beaucoup d'efforts pour nous assurer que nous n'abandonnions pas les avantages d'un système simplement pour le plaisir d'en adopter un autre. Chaque système a ses avantages et ses inconvénients. Si on n'établit pas correctement l'unité de valeur relative dans un système fondé uniquement sur la capitation, il peut y avoir beaucoup plus de problèmes que prévu.

Nous en sommes encore à l'étape cruciale qui consiste à constituer une masse critique et à bâtir sur nos succès.

Le sénateur Callbeck: Docteur Gardener, je voudrais vous poser une question sur un élément dont vous n'avez pas parlé aujourd'hui. L'an dernier, je pense, le service de santé d'Edmonton a reçu un prix à l'innovation pour avoir mis en place des conseils chargés de faire le lien entre le conseil et la communauté.

Comment ces conseils ont-ils été constitués? Combien comptent-ils de membres? Comment ces membres ont-ils été choisis? Est-ce que ce sont des bénévoles? Et comment sont-ils en contact avec la communauté?

Le Dr Gardener: Les conseils de santé communautaire ont été mis sur pied au moment de la régionalisation. Je ne sais pas exactement combien chaque conseil compte de membres, mais il y en a à peu près 10 ou 12. Il y a eu des avis publics pour trouver des gens intéressés à siéger à ces conseils de santé communautaire, et les gens ont envoyé des demandes. Un groupe de membres du conseil, avec l'appui de certains membres de l'équipe

process of choosing from the list of candidates. Now, some of the current members of the community health councils participate in that as well by identifying members. They are all volunteers.

An infrastructure within the administrative framework of the capital health authority coordinates their activities. The councils have different ways of getting community input. Some hold public meetings, public forums.

On a formal basis, there are interactions with the Capital Health Authority board in terms of getting the input from the community to the board.

Senator Callbeck: If you were to make a major decision, would you consult these councils for input?

Dr. Gardener: Certainly, we ask the community health councils for their opinion on issues that may be coming down and evolving through the system.

Senator Callbeck: You would not consult on every issue that may arise.

Dr. Gardener: That is right. The focus for them is fairly high level. In particular, we do not look to the community health councils to deal with operational issues. We look to them for visioning and strategic directions, ensuring that, if there are community needs, we are setting the path to meet those needs. The Northeast Community Health Centre is an example of this. There was a tremendous amount of community input in terms of the unmet needs of that particular community that led to the development of that program.

Senator Callbeck: Are there any problems associated with these councils? In other words, do you think this is something that should be adopted elsewhere in Canada?

Dr. Gardener: We must ensure that we have adequate input from the public. The primary care reform scenario is an example. It is a challenge. If we were to move to a requirement that individuals must register with an individual physician, practice or provider, that would be the kind of requirement that could create major problems if the public were not onside.

Every jurisdiction needs to have some mechanism to obtain input from the public and to seek their advice on particular issues. Whether the community health councils are the only way to do that, I am not sure. However, that function is necessary.

Senator Callbeck: You have found it to be a positive experience.

Dr. Gardener: We have. When new councils come on, there is a learning curve in that some individuals who come on have a particular interest they wish to drive. However, they have been a valuable source of community input for us.

administrative, a fait son choix parmi les candidats. Et aujourd'hui, certains des membres actuels des conseils de santé communautaire participent à leur tour à ce processus de sélection. Ce sont tous des bénévoles.

Le cadre administratif de la Capital Health Authority comprend une infrastructure de coordination de leurs activités. Les conseils prennent différents moyens pour consulter la population. Certains tiennent des assemblées communautaires ou organisent des tribunes publiques.

Il y a aussi des interactions structurées avec le conseil de la Capital Health Authority pour lui communiquer les résultats de ces consultations auprès de la population.

Le sénateur Callbeck: Si vous aviez une décision importante à prendre, est-ce que vous demanderiez l'avis de ces conseils?

Le Dr Gardener: Certainement. Nous demandons aux conseils de santé communautaire leur opinion sur certains des problèmes qui risquent de se poser dans le système.

Le sénateur Callbeck: Mais vous ne les consulteriez pas sur toutes les questions.

Le Dr Gardener: En effet. Ils travaillent à un assez haut niveau. En particulier, nous ne comptons pas sur eux pour s'occuper des questions opérationnelles. Nous leur demandons d'établir une vision et des orientations stratégiques, de tracer la voie à suivre pour répondre aux besoins de la communauté. Le Northeast Community Health Centre en est un exemple. La population a largement contribué à définir les besoins qui n'étaient pas satisfaits, et c'est ce qui a mené à la mise en place de ce programme.

Le sénateur Callbeck: Y a-t-il des problèmes associés à ces conseils? Autrement dit, pensez-vous que c'est une formule qui devrait être adoptée ailleurs au Canada?

Le Dr Gardener: Nous devons prendre les moyens de faire participer la population. Le scénario de la réforme des soins primaires en est un exemple. C'est un défi. Si nous adoptions un système selon lequel les gens devraient s'inscrire auprès d'un médecin, d'une clinique ou d'un fournisseur de soins en particulier, ce serait le genre d'exigence qui pourrait entraîner des problèmes majeurs si nous n'avions pas la population de notre côté.

À tous les niveaux, il faut des mécanismes pour faire participer la population et lui demander son avis sur certaines questions. Je ne suis pas certain que les conseils de santé communautaire soient le seul moyen d'y arriver. Mais c'est une fonction nécessaire.

Le sénateur Callbeck: Pour vous, l'expérience a été positive.

Le Dr Gardener: Tout à fait. Quand de nouveaux conseils sont créés, il y a toujours un processus d'apprentissage en ce sens que certains membres de ces conseils souhaitent parfois faire avancer certains dossiers en particulier. Mais ces conseils sont pour nous une source précieuse de participation de la communauté.

Senator Callbeck: Dr. Wilson, will the Ontario Family Health Network be implemented across Ontario? Will it apply to rural areas?

Dr. Wilson: I practised in northern Canada for 12 years — Northern Newfoundland, Northern B.C. and for six years in Northern Ontario. I am confident that this model will also work for rural communities.

We ask family health networks to have a minimum of five physicians. If there are communities that have fewer than five physicians, this particular model does not apply. They need another form of funding and other supports. It will work very well for those communities that have a minimum of five physicians and a small rural hospital.

Adjustments have been to accommodate the rural situation. In communities where family physicians are working in a rural hospital, if they have hospital privileges and are actively participating in the hospital work, then we waive the requirements to provide extended office hours and weekend hours.

Having worked in the North I recognize that it makes no sense, in a community with eight doctors, to have one staffing the emergency department on a Saturday morning and another one staffing the office. That would be too much of a drain on your human resources. We do say in rural areas that they can provide after-hours care out of the emergency department or outpatient department. We have made some adjustments in that regard. There are also modest financial incentives in the model for rural practice.

Senator Callbeck: I come from Prince Edward Island where most rural areas would not have five doctors.

Dr. Wilson: I do know some of the family doctors in P.E.I. One of our pilot sites is operating in the rural area north of Kingston. It encompasses the communities of Sharbot Lake, Sydenham, Tamworth, Verona and Newburg. From one community to the other would be about an hour's drive. None of the communities has more than two family doctors. The population in each small village would be about 1,000 or 2,000. Since it is a pilot project, two nurse practitioners have moved into that network.

The doctors have formed a network. The first thing they did was to share call. At first they were reluctant to do that because they were used to being on call most of the time for people in their own village, many of whom were their neighbours. They were reluctant to have weekends or nights off when the doctor in the next village would be on call. Last summer, they did all their call as a group, and they enjoyed it. Over the winter, they have come together as a call group.

In rural communities, that situation offers the doctors some stability from a lifestyle point of view, and it gives them an opportunity to take some time off. Le sénateur Callbeck: Docteure Wilson, est-ce que le Réseau Santé familiale de l'Ontario sera mis en oeuvre dans l'ensemble de la province? Est-ce qu'il sera établi dans les régions rurales?

La Dre Wilson: J'ai pratiqué pendant 12 ans dans le nord du Canada — à Terre-Neuve, en Colombie-Britannique et, pendant six ans, en Ontario. Je suis convaincue que ce modèle fonctionnera également pour les communautés rurales.

Nous demandons aux réseaux de santé familiale d'avoir au moins cinq médecins. Dans les communautés qui comptent moins de cinq médecins, le modèle ne s'applique pas. Il faut alors une autre forme de financement et d'autres mécanismes de soutien. Mais le système devrait très bien fonctionner pour les communautés où il y a au moins cinq médecins et un petit hôpital rural.

Il y a eu des ajustements pour tenir compte de la situation en région rurale. Dans les communautés où les médecins de famille travaillent dans un hôpital rural, s'ils ont le droit de pratiquer à l'hôpital et qu'ils participent activement au travail de l'hôpital, nous levons l'exigence selon laquelle ils doivent offrir le service le soir et les fins de semaine.

Pour avoir travaillé dans le Nord, je reconnais qu'il n'est pas logique, dans une communauté qui compte huit médecins, d'en avoir un au service d'urgence et un autre au bureau le samedi matin. Ce serait une surexploitation des ressources humaines. Ce que nous disons, dans le cas des régions rurales, c'est que les services après les heures de bureau peuvent être offerts à l'urgence ou en clinique externe. Nous avons fait des ajustements à cet égard. Il y a aussi de modestes incitatifs financiers dans le modèle applicable à la pratique rurale.

Le sénateur Callbeck: Je viens de l'Île-du-Prince-Édouard, où la plupart des régions rurales comptent moins de cinq médecins.

La Dre Wilson: Je connais quelques-uns des médecins de famille de l'Île-du-Prince-Édouard. Un de nos projets pilotes se déroule en région rurale, au nord de Kingston, dans une zone qui comprend les communautés de Sharbot Lake, Sydenham, Tamworth, Verona et Newburg. Toutes ces communautés se trouvent à environ une heure de route les unes des autres. Et aucune ne compte plus de deux médecins de famille. La population de chaque petit village est d'environ 1 000 ou 2 000 habitants. Comme il s'agit d'un projet pilote, deux infirmières praticiennes se sont jointes à ce réseau.

Les médecins ont formé un réseau. La première chose qu'ils ont faite a été de se partager les tours de garde. Ils hésitaient à le faire au début parce qu'ils avaient l'habitude d'assurer la garde pour les gens de leur propre village, dont la plupart étaient des voisins. Ils n'aimaient pas beaucoup l'idée de prendre des fins de semaine ou des nuits de congé pendant que le médecin du village voisin serait de garde. L'été dernier, ils ont fait tous leurs tours de garde en groupe, et ils ont aimé l'expérience. Pendant l'hiver, ils ont donc constitué un groupe de garde.

Dans les communautés rurales, cette situation offre aux médecins un mode de vie un peu plus stable et leur permet de prendre congé de temps en temps.

They also enjoyed the implementation of the teletriage system to deal with the calls for advice that would come in at any hour from people in their small towns. Because they saw that their doctor's porch light was on, they would call. Those have dropped dramatically.

The addition of the nurse practitioner has been very popular, particularly in one practice that had no female providers.

We are confident from that pilot experience that small communities — and I think this could work in P.E.I. where driving distances are reasonable — within an hour of each other, with one, two or three doctors in each community, could form a network and offer care.

[Translation]

Senator Pépin: As a follow-up to the question from senator Callbeck, I would like to know if there is a significant difference between the response of doctors in rural areas and those who work in an urban environment or who participated in the pilot projects?

[English]

Dr. Wilson: I would say no. Interest has been expressed in the pilot projects by city, urban, suburban, rural and remote physicians. Last month we had requests from Dryden, Sioux Lookout, Haliburton, Guelph, Oakville, Ottawa, Thunder Bay, North Bay, Sault Ste. Marie, London and Kingston. It is all over the map.

Young doctors are interested because, when they graduate, they want to move into a set-up where they do not have to put lots of time into administration or setting up a clinic. They like the idea of a network. Semi-retired or older physicians like it because they are in a call group and they can share call and perhaps work part time and their patients are looked after. Female physicians like it because they can work part time and know their patients are looked after. Doctors who provide comprehensive care — obstetrics and hospital work — welcome it for the financial rebalancing of incentives. Doctors who are interested in information technology welcome it.

I cannot categorize the interest as being just rural or just urban. I have seen interest from all age groups, from both sexes, and from a wide geographical area.

Does it appeal to everyone? Not at all. Not every doctor wants to work in a group or provide comprehensive care. Many doctors are not interested in information technology. However, I have described the kind of doctors it has appealed to so far.

Les médecins ont également apprécié la mise en oeuvre du système de télétriage pour répondre aux gens de leur petite ville qui appelaient pour demander des conseils à n'importe quelle heure. Avant, quand les gens voyaient que la lumière était allumée sur le balcon du médecin, ils appelaient. Cela a diminué considérablement.

L'arrivée de l'infirmière praticienne a aussi été très bien accueillie, surtout dans un endroit où il n'y avait pas de femmes pour dispenser les soins.

Ce projet pilote nous a démontré que des petites communautés situées à moins d'une heure de route les unes des autres — et je pense que cela pourrait fonctionner à l'Île-du-Prince-Édouard, où les distances sont raisonnables — et comptant un, deux ou trois médecins pourraient constituer un réseau et offrir le service.

[Français]

Le sénateur Pépin: Ma question fait suite à celle du sénateur Callbeck. Existe-t-il une différence marquée entre la réponse des médecins qui pratiquent en région rurale et la réponse de ceux qui travaillent en région urbaine ou qui ont participé aux projets pilotes?

[Traduction]

La Dre Wilson: Je dirais que non. Il y a des médecins des villes, des banlieues, des régions rurales et des régions isolées qui ont manifesté de l'intérêt pour les projets pilotes. Le mois dernier, nous avons reçu des demandes de Dryden, de Sioux Lookout, de Haliburton, de Guelph, d'Oakville, d'Ottawa, de Thunder Bay, de North Bay, de Sault Ste. Marie, de London et de Kingston. Il en vient de partout.

Les jeunes médecins sont intéressés parce que, quand ils obtiennent leur diplôme, ils veulent un milieu de travail où ils n'auront pas à consacrer beaucoup de temps à l'administration ou à l'installation d'une clinique. Ils aiment l'idée d'un réseau. Les médecins plus âgés, ou en semi-retraite, aiment aussi l'idée parce qu'ils peuvent partager les tours de garde et travailler à temps partiel, par exemple, en sachant que leurs patients vont être soignés quand même. Les femmes médecins apprécient la formule parce qu'elles peuvent travailler à temps partiel en sachant, elles aussi, que leurs patients vont être soignés. Les médecins qui offrent des soins intégrés — en obstétrique et en milieu hospitalier — sont heureux du rééquilibrage des incitatifs monétaires. Et ceux qui s'intéressent à l'informatique se réjouissent aussi.

Je ne peux pas vous dire qu'il y a de l'intérêt uniquement dans les villes ou dans les régions rurales. D'après ce que j'ai pu voir, les médecins de tous les groupes d'âge, hommes et femmes, et dans toute une gamme de régions géographiques, sont intéressés.

Est-ce que la formule plaît à tout le monde? Pas du tout. Les médecins ne veulent pas tous travailler en groupe ou offrir des soins intégrés. Et il y en a beaucoup qui ne s'intéressent pas à l'informatique. Mais je vous ai décrit le genre de médecins qui trouvent l'idée attrayante jusqu'ici.

Senator Pépin: Some patients have told our committee that they feel much more comfortable with a team because, if one doctor is unavailable, another doctor from the team will see them, and the doctors are familiar with their files.

In some pilot projects, it appears there was difficulty regarding traditional nurses. Are you aware of the problem between some nurses and doctors, and has anything been done about it?

Dr. Wilson: We have a new role in Ontario, the nurse practitioner role. Not every province has nurse practitioners. Those nurses have an expanded scope of practice. They have the ability to diagnose and treat common ailments, to prescribe medications, to order x-rays and to apply casts.

Some are nurses who are operating within that scope of practice in smaller, remote communities. Others are nurses who have taken a formal training program in our universities and colleges to achieve that classification.

Currently, there are approximately 400 nurse practitioners in Ontario. However, there are not a large number of funded positions for nurse practitioners. Some of them are available in community health centres and in northern communities. We hope that, in the future, there will be additional opportunities for nurse practitioners in Ontario.

Senator Morin: How many nurse practitioners are included in the family health network system? If none, why not?

Dr. Wilson: I skated around that when I started. Let me describe the process in Ontario. We are determined to do this in Ontario province-wide. We are moving beyond pilots. We want to move the mainstream model in Ontario to become a network model.

The ministry and the Ontario Medical Association were key in negotiating the model. They successfully negotiated a compensation and practice model for family physicians. With the agreement of the OMA and the ministry, that is what is on offer now.

That is not enough. We would all agree — myself, the OMA and the nursing associations — that we need more practitioners to be added to family networks and the government is committed to seeing that happen. However, as of today, I do not have the exact mechanism for how that will happen. I am confident that announcements will be mad. Right now, what is being offered is being offered to family physicians.

The Deputy Chairman: Some time ago a witness told us that 40 per cent of the trained nurse practitioners in Ontario were unable to get employment as nurse practitioners and were off working in, say, Wal-Mart. You are trying to address the issue of having them properly integrated into the system.

Le sénateur Pépin: Certains patients ont déclaré à notre comité qu'ils se sentaient beaucoup plus à l'aise avec une équipe parce que, si un médecin n'est pas disponible, il y aura un autre médecin de l'équipe qui pourra les voir et qui sera au courant de leur dossier lui aussi.

Dans certains projets pilotes, il semble qu'il y ait eu quelques difficultés au sujet des infirmières traditionnelles. Avez-vous eu connaissance de problèmes entre des infirmières et des médecins, et si oui, est-ce que quelque chose a été fait pour résoudre ces problèmes?

La Dre Wilson: Nous avons en Ontario un nouveau type d'intervenants: les infirmières praticiennes. Il n'y en a pas dans toutes les provinces. Ce sont des infirmières qui ont une pratique élargie. Elles peuvent faire des diagnostics et traiter des troubles courants, prescrire des médicaments, commander des radiographies et faire des plâtres.

Certaines de ces infirmières pratiquent de cette façon dans des petites communautés isolées. D'autres ont reçu une formation en bonne et due forme dans nos universités et collèges pour obtenir cette accréditation.

Nous avons actuellement environ 400 infirmières praticiennes en Ontario. Cependant, il n'y a pas beaucoup de postes prévus au budget pour elles. Certaines exercent dans des centres de santé communautaires et dans les communautés du Nord. Nous espérons qu'il y aura à l'avenir davantage de possibilités pour les infirmières praticiennes en Ontario.

Le sénateur Morin: Combien y a-t-il d'infirmières praticiennes qui participent aux réseaux de santé familiale? Et, s'il n'y en a pas, pourquoi?

La Dre Wilson: Je n'ai pas parlé de cet aspect-là au début de ma présentation. Permettez-moi de vous décrire ce qui se passe en Ontario. Nous sommes déterminés à appliquer la formule dans l'ensemble de la province. Nous avons terminé l'étape des projets pilotes. Nous voulons que le modèle des réseaux soit adopté partout en Ontario.

Le ministère et l'Ontario Medical Association ont été les principaux artisans de la négociation de ce modèle. Ils ont réussi à négocier un régime de rémunération et de pratique pour les médecins de famille. Avec l'accord de l'OMA et du ministère, c'est ce qui est offert maintenant.

Ce n'est pas suffisant. Nous sommes tous prêts à dire — moi-même, l'OMA et les associations d'infirmières — qu'il faut plus d'infirmières praticiennes dans les réseaux de santé familiale, et le gouvernement y tient. Mais, jusqu'ici, je ne sais pas exactement comment nous allons en arriver là. Je suis convaincue qu'il y aura des mesures annoncées à ce sujet-là. Pour le moment, ce qui est offert vise les médecins de famille.

La vice-présidente: Nous avons entendu il y a un certain temps un témoin qui nous a dit que 40 p. 100 des infirmières ayant reçu une formation d'infirmières praticiennes, en Ontario, étaient incapables de trouver du travail dans leur domaine et qu'elles allaient travailler chez Wal-Mart, par exemple. Mais vous essayez de les intégrer convenablement dans le système.

Dr. Wilson: I saw some testimony to the effect that they were underemployed, and I also saw something about them being in retail.

My information is that many of them are underemployed in the sense that they are working as nurses, but not to a full scope of practice. I am not aware of a large-scale movement of nurse practitioners out of the field of medicine, though there may be some.

I am as desirous as you are of seeing the model expanded to include other practitioners, and I am that confident it will happen. Having said that, we must start somewhere. We have a large process of change to introduce if we are to convince the thousands of family physicians in Ontario to accept this model. This is the first step that is on offer.

The Deputy Chairman: It is a big hill to climb.

[Translation]

Senator Pépin: I would like a clarification on one point. For now, in the Ontario system, patients have to register. Their family doctor can refer them to a specialist. And they can change doctors up to twice a year. However, if they see another general practitioner regularly, the doctor they are seeing in the network can take their name off his list of patients.

What is the difference between a patient registered with a network and one who is not? If I decide to leave the clinic where I am registered because I believe I will be better served elsewhere, if I shop around, in other words, do I run the risk of ending up nowhere?

[English]

Dr. Wilson: First, we ask family doctors who form family health networks to offer the ability to enrol to all of their current patients. We ask them to do that because we do not want them to choose only the healthy to enrol and not enrol the sick. Since part of the system is capitation based, there is a potential incentive to roster the healthy, for whom you get a monthly payment whether you see them or not, and avoid the sick, who need to be seen more often. We want to ensure that that situation does not evolve. We require the physician to offer the ability to be enrolled to all patients.

Patients sign an agreement that they will undertake to receive their primary care through the network. They are not at all stopped from second opinions or from consultant opinions. We hope and expect that the family doctor will coordinate that for them.

We do not want patients to feel tied down. If the doctor-patient relationship does not work for them, we do not want them to have barriers to moving to another family doctor. We say that patients La Dre Wilson: J'ai vu des témoignages selon lesquels elles sont sous-employées, et j'ai vu certaines choses également au sujet de celles qui travaillent dans la vente au détail.

D'après l'information dont je dispose, beaucoup d'entre elles sont effectivement sous-employées en ce sens qu'elles travaillent comme infirmières, mais qu'elles ne dispensent pas tous les services qu'elles seraient capables d'offrir. Je n'ai pas entendu dire qu'il y ait de nombreuses infirmières praticiennes qui quittent le domaine de la médecine, mais il y en a peut-être quelques-unes.

Je tiens autant que vous à ce que le modèle soit étendu à d'autres intervenants, et je suis certaine que cela viendra. Cela dit, il faut bien commencer quelque part. Nous avons beaucoup de choses à changer si nous voulons convaincre les milliers de médecins de famille de l'Ontario d'accepter ce modèle. Ce qui est offert actuellement est une première étape.

La vice-présidente: Il y aura une longue pente à monter.

[Français]

Le sénateur Pépin: Il y a un point sur lequel j'aimerais avoir plus de précision. Les patients doivent actuellement s'inscrire dans le système ontarien. Leur médecin omnipraticien peut les référer à un spécialiste. Ensuite, ils peuvent changer de médecin jusqu'à deux fois par année. Toutefois, s'ils ne consultent pas régulièrement un autre omnipraticien, le médecin qui fait partie du réseau peut les retirer de sa liste de patients.

Quelle est la différence entre un patient inscrit sur un réseau et l'autre qui ne l'est pas? Si je décide de quitter la clinique où je suis inscrite parce que je crois que je serais mieux dans une autre, autrement dit, si je magasine, est-ce que je risque de me retrouver nulle part?

[Traduction]

La Dre Wilson: Pour commencer, nous demandons aux médecins de famille qui font partie des réseaux de santé familiale de donner à tous leurs patients actuels la possibilité de s'inscrire. Nous leur demandons d'agir ainsi parce que nous ne voulons pas qu'ils choisissent des patients en bonne santé et refusent les malades. En effet, étant donné que le système se fonde sur la capitation, il y a le risque que les médecins soient tentés d'inscrire les patients en bonne santé pour lesquels ils seront payés chaque mois, qu'ils les examinent ou non, et de retirer les malades qui viendront consulter plus souvent. Nous voulons éviter ce type de situation. Nous voulons que le médecin permette à tous ses patients de s'inscrire.

Les patients s'engagent à recevoir leurs soins de santé primaires auprès d'un médecin du réseau. Rien ne les empêche d'obtenir le point de vue d'un autre médecin ou d'un consultant. Nous espérons que le médecin de famille les aidera à obtenir un autre point de vue et nous estimons même que c'est de son devoir de le faire.

Nous ne souhaitons pas que les patients se sentent bloqués. S'ils ne se sentent pas à l'aise avec leur médecin, nous voulons qu'ils soient libres de consulter un autre médecin de famille. Nous can change their doctors twice in a year. We do not lock them in and specify that they must stay with a certain doctor forever.

We might have a situation where the patient has agreed to enrol with me, perhaps, and then she persistently uses walk-in clinics, that is, she double doctors and sees a variety of other providers. The contract would allow me to say to her that she is not living up to her obligation, which is that she will seek primary care through the network. I could de-enrol her. She could still be my patient, because I would not be ending the doctor-patient relationship, but I would not be paid for her in the same way that I am paid for enrolled patients. That does not matter to the patient, but it matters to the physician. The physician can retain that patient on a fee-for-service basis.

The patient, theoretically, ought not to have access then to the telephone triage system, and she would not receive the reminders that we would send out regarding preventive care that we would offer to enrolled patients. She might not be reminded to have her mammogram or her pap test. However, she can still enrol as a patient of that physician.

Senator Pépin: If there is an emergency, can she still attend your clinic?

Dr. Wilson: She can still attend for her regular health needs as well. If the doctor decides, and the patients agrees, that the patient cannot live up to the obligations in the contract, she can still be a patient, but not an enrolled patient. The doctor will not be paid a capitation rate but, rather, a fee for service.

Senator Pépin: You would be penalized money-wise; is that correct?

Dr. Wilson: Potentially, I would be penalized. I would lose some financial incentives if she went outside the network for care. If I de-enrol her, I will be paid fee for service the way most doctors are currently paid.

[Translation]

Senator Pépin: The health system is under provincial jurisdiction. What could the federal government do to facilitate the primary health care reform, apart from offering financial support, of course? Could we also establish conditions?

[English]

Dr. Wilson: I am going beyond my scope of expertise now.Senator Pépin: Perhaps Dr. Gardener can reply.

Dr. Gardener: That is beyond my field of expertise as well. Senator Pépin: I am sure you know. acceptons que les patients puissent changer de médecin deux fois dans l'année. Ils ne sont pas bloqués et condamnés à consulter toujours le même médecin.

Il peut arriver qu'une patiente soit inscrite sur ma liste et qu'elle continue à consulter une clinique sans rendez-vous, qu'elle voie ainsi plusieurs médecins et fournisseurs de soins de santé. En vertu du contrat qui me lie à elle, je serais habilitée à lui dire qu'elle ne respecte pas son obligation d'obtenir ses soins de santé primaires au sein du réseau. Je serais en droit de l'éliminer de ma liste. Elle pourrait cependant continuer à être ma patiente, puisque je ne briserais pas le lien que j'ai avec elle, mais je ne serais pas payée de la même manière que pour mes patients inscrits. Cela ne fait aucune différence pour le patient, mais le médecin n'est pas payé de la même manière. Le médecin peut conserver un tel patient pour lequel il sera rémunéré à l'acte.

Théoriquement, cette patiente n'aurait pas accès au système de triage téléphonique et ne recevrait pas les rappels de soins préventifs que nous expédions à nos patients inscrits. Par exemple, on ne lui rappellerait pas qu'il est temps de faire une mammographie ou un test de Pap. Cependant, elle pourrait continuer à consulter ce médecin.

Le sénateur Pépin: En cas d'urgence, elle pourrait toujours se rendre à votre clinique?

La Dre Wilson: Elle peut continuer de fréquenter la clinique pour obtenir ses soins de santé réguliers. Si le médecin décide que la patiente ne peut respecter son obligation contractuelle et que la patiente elle-même en convient, elle peut continuer à consulter, mais elle cesse d'être une patiente inscrite. Le médecin ne sera pas payé selon un honoraire fixé par tête, mais plutôt rémunéré à l'acte.

Le sénateur Pépin: Cela fait que vous seriez pénalisée financièrement parlant, n'est-ce pas?

La Dre Wilson: Oui, je risque d'être pénalisée. Si cette personne obtient des soins à l'extérieur du réseau, je perds une partie de ma rémunération. Si je l'élimine de ma liste de patients, je serai rémunérée à l'acte, comme le sont la plupart des médecins à l'heure actuelle.

[Français]

Le sénateur Pépin: Le système de santé relève de la compétence provinciale. Quel rôle le gouvernement fédéral pourrait-il jouer afin de faciliter la réforme des soins de santé sur le plan des soins primaires en plus, bien sûr, d'un appui financier? Pourrait-on également y mettre des conditions?

[Traduction]

La Dre Wilson: Cela dépasse mes compétences.

Le sénateur Pépin: Peut-être que le Dr Gardener peut répondre.

Le Dr Gardener: Cela dépasse également mes compétences.

Le sénateur Pépin: Je suis sûre que vous avez une idée sur la question.

Dr. Gardener: Much of the dialogue around your question about whether an individual actually needs to identify with a physician or with a practice involves the following: What is the accountability from the public perspective and what are the expectations from the public perspective? These are critical points when you talk about primary care. When you talk about hospital care and acute care, there is not that relationship over time. It is sort of the difference between choosing a hotel room for one night or choosing a resort place to which you will return year after year. You probably put more time and effort into the one with which you have that familiar relationship.

There must be some sort of guidance in terms of what, from the public perspective, are reasonable accountabilities in terms of the system. Somehow, we need to remove primary care from being directly in competition for scarce resources with the acute care system.

Any assistance from the federal government, either in setting expectations or with funding, which would allow the development of information systems infrastructure, setting guidelines and so on is important. We must determine what those should do, so that we do not have different systems that cannot link up with each other.

We also must determine the appropriate percentage of our investment in health that should be going into primary care versus the other sectors.

Senator Morin: What you are saying, Dr. Gardener, is very important. If I understand correctly, your first priority for primary care would be a truly national information system. I am not sure about your second priority. Are you saying that the federal government should tell the provinces what percentage of their funding should go to primary care? I fully realize that there is a need for resources for primary care. What is your second priority?

Dr. Gardener: I apologize. I cannot wade into the politics of what the federal government can tell provincial governments to do. I would be in too far over my head to do that.

To be successful, we need some system that will allow the investment in primary care, recognizing that the return on that investment is not immediate. There are additional costs to be assumed up front. We clearly need to put in place the processes to monitor and evaluate the longer-term investment in health promotion, disease prevention and chronic disease management by avoiding the development of complications related to what would currently be seen as not best practice in many of these areas.

I am not sure how that will happen. If there is a role for the federal government to assist in ensuring that primary care is viewed in an environment that does not continually put it in

Le Dr Gardener: Les réflexions autour de votre question concernant la nécessité pour une personne de s'inscrire auprès d'un médecin ou d'une clinique nous amènent à soulever les aspects suivants: quelle est l'obligation de rendre compte et quelles sont les attentes dans la perspective publique? Ce sont là des aspects importants quand on traite des soins primaires. Dans le cas des soins hospitaliers et des soins actifs, cette relation de longue durée n'existe pas. On pourrait établir un parallèle analogue avec le choix d'une chambre d'hôtel pour la nuit et celui d'un centre de villégiature où l'on reviendra chaque année. On consacrera sans doute plus de temps et d'efforts au choix de l'endroit avec lequel on entretient des rapports suivis.

Dans une perspective publique, on doit pouvoir s'appuyer sur des principes que l'on peut appliquer de manière raisonnable au système en matière d'obligation de rendre compte. Cependant, les ressources sont rares et il faut éviter que les soins primaires fassent directement concurrence au système de soins actifs.

Il est important que le gouvernement fédéral offre son assistance, soit pour établir les attentes ou au niveau du financement, afin de permettre l'élaboration d'une infrastructure d'information, d'établir les lignes directrices, et cetera. Nous devons préciser tous ces détails afin de ne pas créer des systèmes différents, incapables de communiquer entre eux.

Nous devons également préciser quel est le pourcentage approprié de notre investissement dans la santé qui devrait être consacré aux soins primaires plutôt qu'aux autres secteurs.

Le sénateur Morin: Ce que vous dites, docteur Gardener, est très important. Si j'ai bien compris, votre première priorité en matière de soins primaires serait d'établir un système d'information vraiment national. Je ne sais pas exactement quelle est votre deuxième priorité. Est-ce que vous pensez que le gouvernement fédéral devrait indiquer aux provinces quel est le pourcentage de financement qu'elles devraient consacrer aux soins primaires? Je comprends tout à fait qu'il y a un besoin de ressources pour la prestation de soins primaires. Quelle est votre deuxième priorité?

Le Dr Gardener: Je regrette, mais je ne peux pas me prononcer sur ce que le gouvernement fédéral devrait demander aux gouvernements provinciaux. Cela n'est absolument pas de mon ressort.

Pour que le système fonctionne de manière satisfaisante, il faudra qu'il prévoie un certain investissement dans les soins primaires, mais il faut savoir que le rendement sur cet investissement ne sera pas immédiat. Il y a des coûts supplémentaires à assumer au départ. Il est évident qu'il faut mettre en place des processus de surveillance et d'évaluation de l'investissement à plus long terme en matière de promotion de la santé, de prévention des maladies et de gestion des maladies chroniques pour éviter les complications liées à ce qui pourrait être interprété comme des pratiques insuffisantes dans plusieurs de ces secteurs.

Je ne sais pas exactement comment on peut y parvenir. Il serait très utile que le gouvernement fédéral puisse contribuer à faire en sorte que la prestation des soins primaires ne soit pas placée dans competition with the wait lists for joint replacement, cardiac surgery, the emergency rooms, et cetera, that would be very constructive. Exactly how that would be done, I cannot say.

Senator Fairbairn: I applaud the efforts you are making with the network in Ontario.

Dr. Gardener, as you began your presentation, you talked about the decrease of generalists in today's society because, with the expansion of technology, a lesser value is placed on pursuing that particular form of medicine.

I come from Lethbridge, a small city southern Alberta. The area is a major focal point of activity and marvellous, small towns surround it. You talked about a family health network in small communities having two or three doctors. How can we adapt our health system in this country to be able to provide service in our smallest communities, which are a fundamental part of our history and our society? It is sometimes difficult to attract one doctor to those small communities, and it certainly would not be a specialist. That has happened in my area, and psychological impact that has on a community is profound. It affects the very survival of a community in which people would wish to raise a family.

Dr. Wilson, perhaps this is not the kind of problem that is as obvious in Ontario as it is in my area. How would you suggest we build a health network to fulfil the needs of those small communities?

Dr. Gardener, you are probably aware of some of these concerns. These are attractive communities which offer a good quality of life. A few physicians are coming from other countries to take these jobs that will not be filled by Canadians. How can we deal with better understanding and also advising on this particular phenomenon in our society right now? It is critical.

Our committee has spent a lot of time talking about the differences between rural and urban requirements. What I am asking about now is the different definitions of the word "rural" in various parts of Canada. It is difficult to encourage young people who have just completed their university training to practice in those communities. How can we attract them?

Dr. Wilson: I know Dr. Gardener will have lots to say, but I wish to respond to that. In so doing, I am taking off my family-health-network hat and donning my professor-of-family-medicine hat.

At Queen's, we have a mission to train family physicians for small, remote and rural communities. We have a good track record. Since its inception in 1975, 25 per cent of our graduates have gone into communities of populations under 10,000. I am very proud of that.

From an educational point of view, I know that some things work, and I suspect you already know them. However, I will remind you of them. It works to recruit into medicine young men

un contexte qui soit constamment en concurrence avec les autres services de chirurgie pour le remplacement des articulations et de chirurgie cardiaque sur liste d'attente, les opérations d'urgence, et cetera. Je ne sais pas exactement comment il faudrait s'y prendre.

Le sénateur Fairbairn: J'applaudis aux efforts que vous faites pour établir le réseau en Ontario.

Docteur Gardener, au début de votre exposé, vous avez évoqué la diminution du nombre de généralistes dans notre société, étant donné qu'avec le développement de la technologie, on accorde moins d'importance à cette forme de médecine particulière.

Je viens de Lethbridge, une petite ville du sud de l'Alberta. La région regroupe de merveilleuses petites villes qui proposent toutes sortes d'activités. Vous avez parlé d'un réseau de santé familiale regroupant deux ou trois médecins dans les petites localités. Comment pouvons-nous adapter notre système de santé pour pouvoir offrir un service dans nos plus petites localités qui représentent une partie importante de notre histoire et de notre société? Il est parfois difficile d'attirer un médecin dans ces petites localités et encore plus un spécialiste. C'est ce qui s'est passé dans ma région et l'impact psychologique que cela peut avoir sur une petite ville est grave. Cela remet en question la survie même d'une localité où les gens souhaitent demeurer pour élever leur famille.

Docteure Wilson, ce genre de problème n'est peut-être pas aussi courant en Ontario que dans ma région. Que proposez-vous pour faire en sorte qu'un réseau de santé réponde aux besoins des petites localités?

Docteur Gardener, vous avez probablement connaissance de certaines de ces préoccupations. Les petites localités sont des endroits attrayants qui offrent une bonne qualité de vie. Des médecins viennent de l'étranger pour occuper ces postes dont ne veulent pas les Canadiens. Que pouvons-nous faire pour mieux comprendre ce phénomène particulier de notre société actuelle et donner des conseils à ce sujet? C'est extrêmement important.

Notre comité a passé beaucoup de temps à examiner la différence entre les exigences des milieux ruraux et celles des milieux urbains. À mon avis, le mot «rural» ne désigne pas la même réalité dans les diverses régions du Canada. Il est difficile d'encourager des jeunes qui sortent de l'université, à venir exercer dans ces localités. Que pouvons-nous faire pour les attirer?

La Dre Wilson: Je sais que le Dr Gardener aura beaucoup de choses à dire à ce sujet, mais je vais moi aussi répondre à cette question. Alors, je vais enlever ma casquette de spécialiste des réseaux de santé familiale et mettre celle de professeur de médecine familiale.

À Queen's, nous avons pour mission de former des médecins de famille qui exerceront dans des localités rurales isolées. Nous avons de bons résultats. Depuis la création du programme en 1975, 25 p. 100 de nos diplômés s'installent dans des localités de moins de 10 000 habitants. J'en suis très fière.

D'un point de vue éducatif, je sais que certaines mesures donnent de bons résultats et je pense que vous êtes vous-mêmes au courant. Je vais cependant rappeler quelques-unes de ces mesures. Je m'efforce de recruter en médecine des jeunes gens et des jeunes filles qui sont nés et qui ont grandi dans des localités rurales. Ça

and women who are born and raised in rural communities. They have a comfort level about going back there. It works to give them early exposure to rural medicine in their training.

We see a tremendous amount of badmouthing and denigration of rural practice in our urban medical centres. If medical students have an opportunity in their first, second, third and fourth years to spend some time with a rural GP, they see a scope of practice and rewards in that practice that they will never see in a liver transplant unit. They also see the patients that the GP failed to take care adequately. They form a different view of rural medicine. Early, repeated exposure to meaningful role models of practice makes a difference.

We know that postgraduate training in the role they are to assume also makes a difference. I personally know of two GP anaesthetists who wanted to practice in rural communities and trained to do GP anaesthesia. Both quit on their first day in rural communities when they realized that they were the only anaesthetists in town. They did not have someone to back them up when they ran into trouble. Training people so that they practice the role in a safe way before they have to assume it also works. Some of the other things are harder to engineer. The role of spouse is really important. If the spouse has a job in a small rural community or has roots there, that helps. Of course, we cannot engineer that in medical school, but we know that makes a difference.

As well, the remuneration must be adequate.

There are a number of factors to consider. For a number of years I recruited doctors for rural and remote areas, so I know that it make a tremendous difference if doctors can be recruited into some sort of organizational support, for example, an organization that will arrange for locum coverage for them, arrange for CME for them, look after them and ensures they get regular breaks — that is, a network or some form of support. We know that makes a difference in recruiting. Sometimes, it is the support of the community that makes a difference.

We know there is also a role for critical mass. Once, for four days, I was the only doctor in the town of Bella Coola, B.C., which had a population of 2,500. I remember the terror I felt for the whole four days. I had wonderful nursing colleagues and nothing bad happened, but I felt the weight of the world on my shoulders as solo GP in that area. We know that doctors in rural practice need the support of nursing colleagues and the support of other doctors.

leur plaît de retourner vivre là-bas. On obtient de bons résultats en leur donnant, très tôt au cours de leur formation, la possibilité de s'initier à la médecine rurale.

L'exercice de la médecine en milieu rural est terriblement dévalué et dénigré dans les milieux médicaux urbains. Les étudiants en médecine qui ont la possibilité, en première, deuxième, troisième et quatrième année, de faire un stage chez un omnipraticien en milieu rural, sont en mesure de faire l'expérience de cette pratique et de connaître des satisfactions qu'ils ne connaîtront jamais dans une unité de transplantation hépatique. Ils voient également les patients que l'omnipraticien n'a pas su traiter correctement. Ils se font un point de vue différent de la médecine rurale. Il est tout à fait utile que les étudiants en médecine soient exposés tôt et de manière répétée à des modèles de pratique significatifs.

Nous savons aussi que l'on obtient de bons résultats avec une formation supérieure mettant l'accent sur le rôle qu'ils seront amenés à jouer. Je connais personnellement deux omnipraticiens anesthésistes qui souhaitaient exercer dans des localités rurales et qui ont reçu une formation d'anesthésistes généralistes. Les deux praticiens ont démissionné dès le premier jour lorsqu'ils ont découvert qu'ils étaient les seuls anesthésistes de leur localité rurale. Ils n'avaient personne pour les appuyer en cas de problème. On obtient également de bons résultats en donnant une formation aux étudiants pour leur permettre d'acquérir une certaine expérience en toute sécurité avant d'assumer seuls leurs fonctions. Il y a également d'autres facteurs qui sont plus difficiles à mettre en œuvre. Le rôle du conjoint est très important. En effet, cela peut aider si le conjoint est originaire d'une petite localité rurale ou s'il y exerce un travail. Bien entendu, c'est un facteur qui ne relève pas de l'école de médecine, mais nous savons que c'est important.

Par ailleurs, la rémunération doit être adéquate.

Il y a un certain nombre de facteurs à prendre en considération. Pendant plusieurs années, j'ai recruté des médecins pour les zones rurales et isolées et je sais que la situation est totalement différente si les médecins peuvent s'appuyer sur une organisation qui s'occupera par exemple de leur trouver des suppléants, de leur fournir une formation médicale continue, qui veillera sur eux et s'assurera qu'ils prennent régulièrement des pauses — une sorte de réseau ou d'organisme de soutien. Nous savons que tous ces facteurs influencent le recrutement. Parfois, la décision repose sur le soutien qu'offre la collectivité.

Nous savons que la masse critique joue également un rôle. Il m'est déjà arrivé d'être le seul médecin pendant quatre jours à Bella Coola, en Colombie-Britannique, une ville qui avait alors 2 500 habitants. Je me souviens que pendant quatre jours, j'étais terrorisée. Heureusement, aucune catastrophe n'est arrivée et je bénéficiais de l'appui d'un merveilleux personnel infirmier, mais j'avais l'impression de porter sur mes épaules tout le poids du monde, du fait d'être le seul omnipraticien en service dans la région. Nous savons que les médecins qui exercent dans les régions rurales ont besoin du soutien du personnel infirmier et de leurs collègues médecins.

I am sure you have heard a great deal of testimony on the current physician human resource problem in this country, the declining number of physicians and the declining interest in family medicine. One of the things that will solve the problem of rural and urban medicine is that more doctors, period. An increase in supply would sure help, along with all these other things.

I apologize for that rant, but it is a favourite topic of mine.

Dr. Gardener: I agree with Dr. Wilson. Certainly, from the training perspective and speaking for Alberta, we now have a rural family physician training program in our two medical schools in the province that specifically utilize a rural training program in their curriculae.

The infrastructure support necessary to retain physicians is very important. The rural physician action plan does provide locum support and CME support, and that is really important.

We can provide system support to individuals. We have set up a critical care line in Edmonton. This is a 1-800 telephone access line specifically set up for rural family physicians in central and northern Alberta, north-eastern British Columbiam the Northwest Territories and parts of Nunavut. If a rural physician requires critical life-saving advice or immediate transportation of a patient to a referral centre, by phoning that number, they will be able to speak to a consultant specialist within four or five minutes.

The technology allows us to link up to 30 individuals on the phone line without any loss of tone. While someone is locating, say, a neurosurgeon or a cardiologist, the provincial flight coordination centre is arranging fixed-wing aircraft transportation. If the distance to be travelled is within a certain range, the ambulance service will be contacted. They can be listening in on the line and getting the information at the same time. Perhaps they may be rolling the helicopter out of the hangar so that there is no delay. The advice is given; the decisions are made.

Approximately 10 per cent of the calls end up with a consultation and the referring physician is comfortable enough managing that case without sending the patient to an urban hospital. However, 90 per cent do come in. In the situation where we do not have the resource, we can link in Saskatoon, Calgary, Red Deer, Grand Prairie, or any number of other places.

When we evaluated project, the rural physicians told us that the technological link was a significant support to them. Their comfort level while practicing in the smaller towns, particularly in northern Alberta, went up considerably. Knowing that they could contact someone within minutes, irrespective of the problem they faced, was a significant factor in retaining physicians in those regions.

Je suis certaine que vous avez entendu beaucoup de témoignages au sujet de la pénurie de médecins au Canada, de la diminution du nombre de médecins et du manque d'intérêt pour la médecine familiale. La seule façon de résoudre le problème de la médecine en milieu rural et en milieu urbain consiste tout simplement à recruter plus de médecins. Une augmentation des effectifs serait certainement utile, entre autres choses.

Je vous prie de m'excuser pour cette diatribe, mais c'est un sujet qui me tient à cœur.

Le Dr Gardener: Je partage le point de vue de la Dre Wilson. En matière de formation, en particulier en Alberta, nos deux écoles de médecine de la province proposent un programme qui inclut une formation en médecine familiale rurale.

L'infrastructure de soutien est très importante pour conserver les médecins. Le plan d'action en faveur de la médecine rurale propose un programme de remplacement et de formation médicale continue et c'est très important.

Nous pouvons offrir un soutien organisé aux médecins. À Edmonton, nous avons installé une ligne téléphonique d'aide pour les soins intensifs. Il s'agit d'un numéro 1-800 réservé spécialement aux médecins de famille ruraux du centre et du nord de l'Alberta, du nord-est de la Colombie-Britannique, des Territoires du Nord-Ouest et de certaines parties du Nunavut. Si un médecin d'une région rurale a besoin de conseils pour sauver la vie d'un patient ou de faire transporter immédiatement cette personne à un centre régional, il lui suffit de composer ce numéro pour être mis en communication avec un spécialiste en quatre ou cinq minutes.

La technologie nous permet de connecter une trentaine de personnes sur la même ligne de téléphone sans détérioration de la qualité sonore. Pendant que quelqu'un se charge de trouver un neurochirurgien ou un cardiologue, le centre provincial de coordination organise un transport par appareil à voilure fixe. Si le malade se trouve dans un certain rayon, on fait appel à un service d'ambulance. Les ambulanciers écoutent la même ligne et obtiennent l'information simultanément. Ils font peut-être même sortir l'hélicoptère du hangar de manière à ne pas perdre de temps. Le spécialiste donne son avis et les décisions sont prises.

Environ 10 p. 100 des appels se soldent par une consultation qui donne suffisamment confiance au médecin pour qu'il puisse traiter le patient sans le transférer à un hôpital urbain. Cependant, dans 90 p. 100 des cas, le patient est transféré vers un hôpital. Lorsque nous n'avons pas les ressources nécessaires, nous pouvons contacter Saskatoon, Calgary, Red Deer, Grand Prairie ou d'autres endroits.

Lorsque nous avons évalué le projet, des médecins de régions rurales nous ont dit que le lien technologique était un appui important pour eux. Ils se sentaient beaucoup plus à l'aise d'exercer dans de petites villes, en particulier dans le nord de l'Alberta. Le fait de savoir qu'ils pouvaient en quelques minutes communiquer avec quelqu'un, quelle que soit la gravité du problème concerné, contribuait grandement à inciter les médecins à continuer à exercer dans ces régions.

I will say nothing more on the educational side because Dr. Wilson is the expert.

Senator Fairbairn: I was touched by Dr. Wilson's comments about how she felt while she was in Bella Coola. I can relate those to some comments I heard in a remote community in my area. People come, perhaps lured by a genuine interest in rural health, but they do not realize that they will have no support system. They have no nurse practitioner and they are not near a hospital. They just simply burn out. Perhaps we will never solve this problem. Technological support is all well and good, but these rural physicians need more than that. I can understand why some do not stay. Perhaps if you entice couples to serve these rural communities, it would be more likely that they would stay

Dr. Gardener: There is no easy answer. The challenge is to match supply with demand and how to identify where to best deploy the individuals. Many communities across this country do not have a physician. Ensuring that transportation — whether it be an ambulance service or whatever — is available to transport patients to somewhere they can get help in a timely fashion, is clearly a high priority for those areas. There is no magic solution to the problems faced by isolated communities that believe that they have a critical mass and require resident practitioners.

As Dr. Wilson indicated, if we had more doctors and more nurse practitioners, we would potentially be in a situation of being able to deploy them in ways other than we currently do. In the absence of those numbers, putting in whatever supports we can from the products of our medical schools, our nursing schools, our other health professional health training programs, and trying to balance the supply with the demand, is the objective here.

Senator Roche: Dr. Wilson, you talked about shortage of doctors and you told us that more doctors would help in making medical services available to people. Does the family health network compensate, in a qualitative sense, for the shortage of doctors? Would you recommend that we put a lot of money put into the system to acquire more doctors?

Is the family health network a good thing by itself because of the manner in which you have been able to extend health care without reliance on a greater numbers of doctors?

In your opening remarks you told us that you were training doctors in how to deliver babies, but that they left and you were not sure where they were. Is that contributing to the shortage of obstetricians? Is the fundamental problem we are facing a shortage of personnel as a result of the cutbacks in funding and, thus, there is a need for an injection of funds into the system, as distinct from the qualitative changes that you are making through innovation and the family health network?

Dr. Wilson: Your question is also my question. I do not think there is an either-or answer.

Je ne parlerai pas de l'éducation, puisque c'est la spécialité de la Dre Wilson.

Le sénateur Fairbairn: J'ai été touchée par ce qu'a dit la Dre Wilson lorsqu'elle a parlé de son expérience à Bella Coola. Cela me rappelle certains commentaires que j'ai entendus dans une localité isolée de ma région. Les médecins qui s'y installent sont peut-être authentiquement intéressés par la santé rurale, mais ils ne savent pas qu'ils devront travailler seuls, sans système de soutien, sans infirmière praticienne et loin d'un hôpital. Dans de telles conditions, les médecins s'épuisent carrément à la tâche. Nous ne parviendrons peut-être jamais à résoudre ce problème. Le soutien technologique, c'est bien beau, mais cela ne suffit pas aux médecins en région rurale. Je peux comprendre que certains ne restent pas. Il serait peut-être plus facile de garder des médecins dans ces régions rurales si l'on pouvait recruter des couples.

Le Dr Gardener: La réponse n'est pas facile. Le plus difficile, c'est d'équilibrer l'offre et la demande et de savoir où il convient le mieux de déployer les médecins. Dans beaucoup de localités du pays, il n'y a pas de médecins. Dans ces régions, la grande priorité est évidemment de faire en sorte que le transport — que ce soit par ambulance ou d'une autre manière — soit disponible pour les malades afin qu'ils puissent être soignés en temps opportun. Il n'y a pas de solution magique aux problèmes auxquels font face les localités isolées qui estiment qu'elles ont une masse critique et qu'elles ont besoin de praticiens sur place.

Comme l'a dit la Dre Wilson, si les médecins et les infirmières praticiennes étaient plus nombreux, on pourrait les déployer dans le pays d'une autre manière qu'actuellement. Tant que les effectifs ne seront pas suffisants, nous devrons nous contenter comme objectif d'offrir le soutien que nous pouvons aux diplômés de nos écoles de médecine, de nos écoles de soins infirmiers et des autres programmes de formation des professionnels de la santé, tout en tentant d'équilibrer l'offre et la demande.

Le sénateur Roche: Docteure Wilson, vous avez parlé de la pénurie de médecins et vous nous avez dit que si les médecins étaient plus nombreux, il serait plus facile d'offrir les services médicaux à la population. Est-ce que le réseau de santé familiale compense, sous l'angle qualitatif, la pénurie de médecins? Est-ce que vous recommandez d'injecter de grandes quantités de crédits dans le système de manière à recruter plus de médecins?

Le réseau de santé familiale est-il une bonne chose en soi grâce au fait qu'il vous a permis d'offrir des services de santé plus nombreux sans avoir recours à un plus grand nombre de médecins?

Dans vos remarques préliminaires, vous nous avez dit que vous avez appris aux médecins à faire des accouchements, mais que depuis qu'ils ont quitté le programme de formation, vous ne savez pas où ils sont. Est-ce que cela contribue à la pénurie d'obstétriciens? Le problème fondamental auquel nous faisons face est-il une pénurie de personnel résultant de la diminution du financement, prouvant ainsi qu'il est nécessaire d'injecter des fonds dans le système en plus d'apporter les changements qualitatifs grâce à l'innovation et au réseau de santé familiale?

La Dre Wilson: Je me pose la même question et je ne pense pas qu'on puisse y répondre par oui ou par non.

We know from our pilot experience that almost all of the networks have been successful in serving more patients than we expected they would serve when they were set up. Some of that efficiency comes from being able to have nurse practitioners working with physicians. In some cases, because the funding model is different, they are able to give lab results over the phone or renew prescriptions over the phone and not be required to physically see the patient to generate income. In Paris, Ontario, the network was able to enrol not only 100 per cent of their existing patients, but they also enrolled an additional 15 per cent by becoming a network. The networks hold some promise, but they are not the whole solution to improving access.

Whenever you ask the question: How many more doctors do you need, you must answer by asking: What do you want them to do?

Some of my new graduates from Queen's who have been well trained to do several things, find it financially and lifestyle wise attractive to work two shifts in Belleville emergency, two shifts in the Trenton emergency department and one shift in the walk-in centre at the mall. They work a 40 hour week and they have no ongoing patient responsibility. They have very adequate remuneration. Those doctors are lost to comprehensive care, and their skills are being lost as well.

In a way, we do not need more doctors. In another way, we do, because we need them to staff the emergency departments. An estimate I saw yesterday suggested we were short 3,000 family physicians in the country. That is probably not far off the mark.

I would suggest we do need more family doctors, and we do need different supports and organizations for them so they can serve more patients. We need to rebalance the financial incentives to attract them back to comprehensive care.

Your question was complicated. I think the answer is complicated. We probably need some of both.

Senator Roche: Are we dealing with a motivation factor for doctors? I have the old-fashioned ideal that doctors are more than people who work a 40-hour week. I do not know what Senator Morin thinks of my old-fashioned ideal of doctors being available for lengthy hours. I think many Canadians believe that many doctors are called to human service through the application of medicine. It is a calling. You are disillusioning me, as have others.

What can we do to strengthen the motivation factor so that doctors will not, in the numbers you are talking about, go off into the marketplace and search out ways to contribute their special skills to the human condition?

Notre expérience pilote nous a appris que presque tous les réseaux sont parvenus à desservir plus de patients que nous le pensions au moment de leur création. C'est grâce à la collaboration des infirmières praticiennes avec les médecins que nous obtenons d'aussi bons résultats. Dans certains cas, le modèle de financement étant différent, il est possible de donner les résultats des analyses de laboratoire ou de renouveler les ordonnances par téléphone, et il n'est pas nécessaire de rencontrer le patient en personne pour produire un revenu. À Paris (Ontario), le réseau a pu non seulement inscrire la totalité des patients existants, mais recruter 15 p. 100 de plus après sa création. Les réseaux sont prometteurs, mais ils ne représentent pas l'ensemble de la solution pour améliorer l'accès.

Chaque fois qu'on pose la question: De combien de médecins supplémentaires avez-vous besoin? Vous devez répondre en demandant: Quelle tâche voulez-vous leur demander d'exécuter?

Certains de mes nouveaux diplômés de Queen's qui ont été formés pour exécuter plusieurs tâches estiment qu'il est financièrement intéressant et tout aussi agréable de faire deux quarts de travail à l'urgence de Belleville, deux quarts à l'urgence de Trenton et un quart à la clinique de soins externes au centre commercial. Ils travaillent 40 heures par semaine et n'ont absolument aucune responsabilité régulière vis-à-vis des patients. Quant à leur rémunération, elle est tout à fait satisfaisante. Ces médecins sont perdus pour les soins de santé intégrés et leurs compétences sont également perdues.

D'une certaine manière, nous n'avons pas besoin de plus de médecins. D'un autre côté, nous avons besoin de médecins pour les services d'urgence. Des estimations que j'ai vues hier révèlent une pénurie de 3 000 médecins de famille au Canada. Ce n'est sans doute pas très loin de la réalité.

Selon moi, nous avons besoin d'un plus grand nombre de médecins de famille et nous avons besoin d'organisations et de soutiens différents pour leur pèrmettre de desservir un plus grand nombre de patients. Nous devons rééquilibrer les incitatifs financiers afin d'attirer à nouveau les médecins vers les services de soins intégrés.

Votre question était compliquée. Je pense que la réponse est compliquée. Nous avons sans doute besoin des deux.

Le sénateur Roche: Les médecins manquent-ils de motivation? Ma conception est peut-être un peu démodée, mais j'ai l'impression que les médecins sont des personnes qui travaillent plus de 40 heures par semaine. Je ne sais pas ce que le sénateur Morin pense de mes idées démodées selon lesquelles les médecins doivent faire de longues heures de travail. À mon avis, nombreux sont les Canadiens qui estiment que beaucoup de médecins répondent à une vocation et sont amenés à offrir un service humanitaire dans l'exercice de la médecine. Vos déclarations et celles d'autres témoins m'ont fait perdre mes illusions.

Que pouvons-nous faire pour renforcer la motivation pour que les médecins ne soient pas aussi nombreux à offrir leurs services sur le marché du travail et à mettre plutôt leurs compétences spéciales au service de l'amélioration de la condition humaine? **Dr. Wilson:** I would agree with you. For me, medicine is a vocation. Others would frame it differently, but an aspect of the professional role is an altruistic role. Whatever language you want to use, secular or not, many people would acknowledge there is an element of altruism or vocation in the profession.

I am a bright, caring, altruistic young physician with a calling. How can I contribute my skills? The first thing any young physician runs up against is sleep deprivation.

When Senator Fairbairn talked about couples, I smiled because my husband is a family doctor. We have sometimes been two of three family doctors in a community. That means the phone rings two out of three nights. I was smiling because I was thinking of couples I know who are doctors and how they arrange their phones. Some doctor couples have phones on either side of the bed. They have their own rings. In some families, the phone is passed over. Either way, your sleep is frequently disturbed. Part of the burnout is the simple biological need for sleep. If you are up delivering babies or looking after sick people, you run up against that square in the face.

There is also the burnout that results from caring for sick people who die, and being involved in some of the tragedies that happen as part of the human condition. We can deal with that provided we have the supports to keep us going. One key is to have enough colleagues so you have enough rest and sleep at night to carry on. If you carry that 24-7 responsibility, you must have a way of getting relief during the night. You must be allowed to sleep.

The teletriage helps a great deal. It is a huge help iff the easy advice calls that do not need to keep a physician up at night are taken care of. If we are part of a group of colleagues who will take our calls for us regularly, colleagues we trust to look after our patients the way we would like them cared for, that keeps us going.

Do we have to school our new graduates in altruism? I do not think so. I think there are as many bright, young committed people as there ever were. I want to make sure that the practice supports are there to keep them going.

Dr. Gardener: In reality, the situation our new graduating physicians face is different from what it was 20, 30 or 40 years ago. The hours that we put in as resident house staff, et cetera, are no longer acceptable or appropriate. We see a different attitude amongst doctors these days, and it is not necessarily a bad attitude. We must acknowledge it.

The sacrifices that physicians made and continue to make do take a toll. Within the current medical community, frustration arises when they feel that resources are not always available to allow them to do their jobs in a timely fashion and in the way they

La Dre Wilson: Je suis d'accord avec vous. Pour moi, la médecine est une vocation. D'autres le voient différemment, mais il y a un aspect altruiste dans le rôle du médecin. Quel que soit le langage que l'on utilise, profane ou non, beaucoup de gens reconnaissent qu'il y a un élément d'altruisme ou une sorte de vocation dans la profession de médecin.

Je suis un jeune professionnel brillant, attentionné et altruiste et je me sens médecin par vocation. Que puis-je faire pour mettre mes compétences à la disposition de la population. Le manque de sommeil est le premier obstacle que rencontre un jeune médecin.

Je souriais lorsque le sénateur Fairbairn a parlé des couples, parce que mon mari est un médecin de famille. Parfois, il y a deux ou trois médecins de famille dans la localité. Cela veut dire que le téléphone sonne deux soirs sur trois. Je souriais parce que je pensais à des couples de médecins que je connais et à la façon dont ils s'organisent avec les téléphones. Certains couples de médecins installent un téléphone de chaque côté du lit. Chacun a sa propre sonnerie. Dans certaines familles, ils se passent le téléphone d'un côté à l'autre. Quelle que soit la formule, on est réveillé souvent. Une partie de l'épuisement professionnel est due au simple manque de sommeil. Quand on doit se lever pour aller faire un accouchement ou s'occuper des malades, on est directement confronté à ce genre de problème.

Il faut tenir compte également de l'épuisement professionnel qui résulte du travail en contact avec des mourants et de l'exposition aux tragédies inhérentes à la condition humaine. Nous pouvons tenir le coup à condition de disposer du soutien nécessaire. Une solution consiste à avoir suffisamment de collègues pour pouvoir se reposer et dormir la nuit. Lorsqu'on doit assumer des responsabilités 24 heures par jour et sept jours sur sept, il faut trouver un moyen de pouvoir se reposer la nuit. Il faut se donner du temps pour dormir.

Le télétriage est très utile. C'est extrêmement pratique que quelqu'un puisse répondre au téléphone pour donner des conseils simples qui ne nécessitent pas de garder un médecin éveillé la nuit. Le fait d'appartenir à un groupe de collègues à qui on peut transférer régulièrement nos appels, des collègues à qui nous faisons confiance, car nous savons qu'ils s'occuperont de nos patients comme nous aimerions le faire, nous aide beaucoup à fonctionner.

Devons-nous enseigner le dévouement aux nouveaux diplômés? Je ne pense pas. Je crois que les jeunes intelligents et engagés sont aussi nombreux qu'avant. Je tiens à m'assurer qu'ils bénéficient du soutien nécessaire dans l'exercice de leurs fonctions.

Le Dr Gardener: En réalité, la situation à laquelle font face nos nouveaux médecins diplômés est différente de celle qui les attendait il y a 20, 30 ou 40 ans. Le nombre d'heures de travail que font les médecins internes et autres ne sont plus acceptables ni convenables. De nos jours, les médecins adoptent une attitude différente qui n'est pas nécessairement mauvaise. Il faut le reconnaître.

Les sacrifices qu'on fait et que continuent de faire les médecins ne sont pas sans conséquence. Le mécontentement monte dans les milieux médicaux actuels lorsque les médecins se rendent compte qu'ils ne disposent pas toujours des ressources nécessaires pour would like to do them. Combinations of issues like these lead to concerns about physician morale, a shortage of physicians in certain areas, and increased workloads. It is a reality.

This does not mean that physicians do not care. I do not believe that. We must do whatever we can to make it easier for them and our other health professionals because they face the same issues.

Senator Pépin: You talked about attitude and the role of doctors' spouses. We know that the number of female doctors who are registered at university has increased. It is 60 to 65 per cent now. Do you believe that will help? Will it cause a major change? If a female doctor has to go into a rural area and her husband is not a doctor, do you think he will be able to follow her? Have you considered that?

Dr. Wilson: The predominant female registration in medicine is a phenomenon in Quebec. It is 50-50 nationally, but Quebec contributes a disproportionate number of women. In the anglophone schools, including McGill, there is still a larger a percentage of men than women.

Senator Pépin: Obstetricians and gynecologists nationally.

Dr. Wilson: Yes. You are quite correct. We are seeing an increasing number of women entering medicine. We know from studies that women spend more time with patients, are less likely to do after-hours care and emergency room work, and more likely to do preventive manoeuvres.

There is conflicting evidence on how many years they work on average. They tend to work fewer hours during the childbearing years. That may or may not be borne out; I read different things. They tend to work longer at the end of their lives.

Some recent data that the CMA will be presenting to Mr. Romanow this week suggests that women work, on average, eight hours a week less than men. That was a surprise to me, and I do not know where that comes from. I do know about family medicine because family medicine has had more women proportionately in comparison to other specialties.

Once women get into family medicine, if they are interested in rural medicine, they are just as likely as men to go to small towns. I am sometimes told we do not need more women in medicine because they will not go to the rural areas. However, there are good numbers to suggest that women physicians will do that as frequently as men.

faire leur travail en temps opportun et de la manière qu'ils le souhaitent. La combinaison de tels problèmes est source de préoccupation pour le moral des médecins et risque d'entraîner des pénuries de médecins dans certains endroits et d'augmenter les charges de travail. C'est une réalité.

Cela ne veut pas dire que les médecins ne font pas leur travail avec cœur. Je ne le pense pas. Nous devons faire tout ce que nous pouvons pour faciliter la tâche aux médecins et aux autres professionnels de la santé qui font face aux mêmes problèmes.

Le sénateur Pépin: Vous avez parlé de l'attitude et du rôle des conjoints de médecins. Nous savons que le nombre de femmes inscrites en médecine a augmenté. Les inscriptions des femmes atteignent actuellement 60 à 65 p. 100. Pensez-vous que ce soit un facteur positif? Est-ce que cela va entraîner un important changement? Si une femme médecin dont le mari lui-même n'est pas médecin doit exercer dans une région rurale, pensez-vous que son mari l'accompagnera? Avez-vous envisagé un tel cas de figure?

La Dre Wilson: Le nombre de femmes inscrites en faculté de médecine au Québec est phénoménal. Sur le plan national, le pourcentage est de 50 p. 100, mais au Québec, il y a un nombre disproportionné de femmes en médecine. Dans les écoles de médecine anglophones, comme à McGill, le pourcentage d'hommes est toujours plus élevé que celui des femmes.

Le sénateur Pépin: Vous parlez des obstétriciens et des gynécologues à l'échelle nationale.

La Dre Wilson: Oui. Vous avez tout à fait raison. Les femmes sont de plus en plus nombreuses à étudier la médecine. Les études montrent que les femmes consacrent plus de temps aux patients, ont moins tendance à donner des soins après les heures normales de travail et à exercer en salle d'urgence. Elles ont plutôt tendance à faire de la médecine préventive.

Il y a des statistiques contradictoires concernant le nombre moyen d'années de travail des femmes. Elles ont tendance à fournir moins d'heures de travail pendant qu'elles sont en âge d'avoir des enfants. Cependant, toutes les recherches ne s'accordent pas sur le sujet; j'ai lu des résultats différents. Elles ont tendance à travailler plus longtemps à la fin de leur vie.

Certaines données récentes que l'AMC doit présenter à M. Romanow cette semaine indiquent que les femmes travaillent en moyenne huit heures de moins que les hommes par semaine. Je suis étonnée par ces statistiques et je ne sais pas d'où elles proviennent. Je connais les statistiques concernant la médecine familiale, parce qu'on y trouve proportionnellement plus de femmes que dans d'autres spécialités.

Les femmes qui se destinent à la médecine familiale et qui sont intéressées par la pratique en milieu rural acceptent aussi facilement que les hommes d'exercer la médecine dans des petites villes. On me dit parfois qu'il n'y a pas besoin de plus de femmes en médecine parce qu'elles refusent de pratiquer dans les régions rurales. Cependant, les chiffres sont là pour prouver que les femmes médecins exercent leur métier aussi souvent que les hommes dans des zones rurales.

The spousal issues are the same for men and women. The doctor needs a spouse who is supportive of moving to a rural community, and he or she needs spousal employment. Some communities that are trying to attract a doctor have worked hard to find employment for the spouse. It is a piece of social engineering, and it is difficult to know how to influence except person-by-person and community-by-community.

Senator Roche: There are not enough doctors. You have told us that we need a considerable number of family doctors. That brings us back to money. In your experience, do you think that what we need is not so much concentration on efficiencies and innovations that will happen in any event, but, rather, an infusion of money into the system. Is that the key that should drive our thinking? Would either of you agree with that?

Dr. Gardener: No. That is a simple answer to a complex question. However, we need to know what we want to produce. We need outcome measures and performance targets and we should hold people accountable.

Recognizing that we have a shortage in the number of providers, our solution will not be found in physician resource planning, it will be found in health force planning. As Dr. Wilson has indicated, the number of physicians you need depends on what they are required to do and with whom they must work.

It is unacceptable in this country that significant numbers of women develop invasive carcinoma of the cervix and have never had pap smears. We must solve our demonstrated problems by managing chronic disease. However, we will not solve the problems if we simply put in more people who will do the same thing they are doing today. We must develop a new system. These people are not doing a bad job on purpose. It is important to have many providers in all of our health disciplines across this country who do an excellent job in all aspects of primary care, in health promotion and disease prevention, in acute disease management, chronic disease management and managing those interfaces. However, we do not do as good a job as we should.

We need to move to a system that provides the supports they require to do a proper job. They need the support tools that are available that would, for example, automatically check for allergies or drug interactions if the physician is prescribing a new medicine. They need to follow recognized care protocols.

Thousands of clinical practice guidelines have been developed, but many physicians do not use them because they do not have a forum that forces them to incorporate those into the regular way they do business. They have binders on the shelf full of guidelines.

La question du conjoint est la même pour les hommes que pour les femmes. Le médecin a besoin d'un conjoint qui accepte que le couple s'installe dans une localité rurale et qui doit pouvoir y travailler. Certaines localités souhaitant attirer un médecin ont fait beaucoup d'efforts pour trouver de l'emploi pour le conjoint. C'est une question d'arrangement et il est difficile de savoir comment exercer une influence dans des telles situations car chaque cas est différent et doit être traité individuellement.

Le sénateur Roche: Il n'y a pas assez de médecins. Vous nous avez dit que les médecins de famille devraient être beaucoup plus nombreux. Cela nous ramène à l'argent. D'après vous, faudrait-il injecter plus d'argent dans le système plutôt que de nous concentrer sur les améliorations et les innovations qui se mettront de toute façon en place d'elles-mêmes? Est-ce de cette manière que nous devrions raisonner? Est-ce que l'un d'entre vous partage ce point de vue?

Le Dr Gardener: Non. C'est une réponse simple à une question complexe. Cependant, nous devons préciser ce que nous voulons produire. Nous avons besoin d'indicateurs de résultats et d'objectifs de rendement et nous devrions imposer une obligation de rendre compte.

Puisqu'il y a une pénurie de fournisseurs de soins de santé, la solution ne se trouve pas pour nous dans un plan de gestion des ressources médicales, mais plutôt dans la planification des effectifs de la santé. Comme l'a dit la Dre Wilson, le nombre de médecins nécessaires dépend de la tâche qu'on leur confie et des collaborateurs dont ils sont entourés.

Il est inacceptable qu'au Canada un nombre important de femmes atteintes d'un carcinome infiltrant du col n'aient jamais subi de test de Pap. Nous devons résoudre les problèmes que nous avons constatés en traitant les maladies chroniques. Cependant, nous ne parviendrons pas à résoudre les problèmes en recrutant tout simplement un plus grand nombre de personnes pour effectuer les mêmes tâches qu'actuellement. Nous devons mettre au point un nouveau système. Les ressources actuelles ne font pas exprès du mauvais travail. Il est important de disposer au pays de nombreux fournisseurs de soins de santé qui font un excellent travail dans toutes les disciplines et dans tous les aspects des soins primaires, de la promotion de la santé, de la prévention des maladies, du traitement des maladies aiguës, du traitement des maladies chroniques, et de gérer ces interfaces. Cependant, notre rendement n'est pas aussi bon qu'il devrait l'être.

Nous devons mettre en place un système qui donne au personnel les moyens nécessaires pour faire du bon travail. Ils ont besoin des outils de soutien existants qui leur permettraient par exemple de vérifier automatiquement les allergies ou les interactions des médicaments lorsque le médecin prescrit un nouveau remède. Ils doivent suivre les protocoles de soins reconnus.

Il existe des milliers de lignes directrices de pratique clinique, mais de nombreux médecins ne les appliquent pas parce qu'il n'existe aucun organisme qui les oblige à les intégrer dans leurs interventions quotidiennes. Les médecins ont des classeurs complets remplis de directives. Ils doivent intégrer ces directives Those need to become an integral part of how they manage their day-to-day cases. Patients and providers deserve to be able to utilize the variety of skill sets that we have in the professions.

If you are unfortunate enough to be an in-patient in a hospital, you are certainly getting service from your physician or a group of physicians. You are also clearly getting the support of the nursing staff, the pharmacist, the social worker, the physiotherapist, the dietician, and so on. They are all there meeting your needs.

These individuals are in the community, but it is difficult to pull them together. They are often hard to access. In most environments, they do not work together as a team in the way they would in an acute care environment.

The patient does not benefit from the expertise of that group of individuals. If we do not look at how we provide these services, by using evidence-based medicine, the performance indicators, the outcome measurements, and hold people accountable to achieving them, we will not end up with the result we want.

Senator Morin: These are two success stories in Canada. The Ontario Family Health Network is the first network of family care reform. We had pilot projects. I know it is starting slowly and it has growing pains. It has not been easy, but at least it is off the ground. I have been going through these booklets and I must say that it has been remarkably well done. I certainly wish you the best of luck.

The Capital Health Authority is known around the world. When you go to international meetings and people talk about regionalization, they cite the Edmonton Health Authority as an example. When we think of reform, we immediately thing of regionalization and primary care reform. We have with us today representatives from these two areas.

Our committee is to report in October and we must make recommendations as to what should be the federal role. I should like to return to Dr. Gardener's two priorities. We all agree on that an information system is important. You have described the medical record as a decision support system for practitioners. The federal government has an important role to play here. I would be surprised if that were not one of our top priorities.

The other issue is funding of primary care. There are two issues here, as you point out, namely, funding and reform. Reform has a cost. In addition to that, there is the primary care team.

Dr. Wilson, there is a budget attached to this Ontario Family Health Network. What is the budget and from where does it comes?

Dr. Wilson: Ms Donna Segal, CEO of the network, has come here from Kingston.

dans leur pratique quotidienne. Les patients et les fournisseurs de soins doivent pouvoir bénéficier des diverses compétences qui existent au sein des professions médicales.

Si, par malchance, vous êtes hospitalisé, vous bénéficiez sans doute des services de votre médecin ou d'un groupe de médecins. Vous êtes également soigné par le personnel infirmier, le pharmacien, la travailleuse sociale, le physiothérapeute, la diététicienne, et cetera. Ils sont tous là pour répondre à vos besoins.

Toutes ces personnes existent, mais il est difficile de les réunir. Elles sont souvent difficiles à contacter. Dans la plupart des milieux, elles ne travaillent pas au sein d'une même équipe comme elles le feraient dans un contexte de soins pour maladies aiguës.

Le patient ne bénéficie pas des compétences de ce groupe de personnes. Nous ne parviendrons jamais à obtenir les résultats souhaités si nous ne nous penchons pas sur la façon dont ces services sont fournis, par l'intermédiaire d'une médecine fondée sur l'expérience clinique, les indicateurs de rendement, les indicateurs de résultats, et si nous n'imposons pas une obligation de rendre compte.

Le sénateur Morin: Au Canada, nous avons deux exemples de réussite. Le Réseau de santé familiale de l'Ontario est le premier réseau de la réforme des soins de santé pour la famille. Nous avions des projets pilotes. Je sais que les débuts sont difficiles. Cela n'a pas été facile, mais au moins, les projets sont lancés. J'ai consulté ces brochures et je dois dire que c'est remarquablement bien fait. Je vous souhaite la meilleure des chances.

La Capital Health Authority est connue dans le monde entier. Dans les réunions internationales, lorsqu'il est question de régionalisation, on cite toujours en exemple l'administration sanitaire d'Edmonton. Lorsqu'il est question de réforme, on pense immédiatement à la régionalisation et à la réforme des soins primaires. Nous avons aujourd'hui parmi nous des représentants de ces deux secteurs.

En octobre, notre comité doit présenter un rapport contenant des recommandations concernant le rôle que devrait jouer le fédéral. J'aimerais revenir aux deux priorités du Dr Gardener. Nous reconnaissons tous qu'un système d'information est important. Vous avez dit que les médecins s'appuient sur le dossier médical pour prendre une décision. Le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer à ce niveau. Je serais surpris que cela ne fasse pas partie de nos grandes priorités.

L'autre question est celle du financement des soins primaires. Comme vous l'avez dit, il y a deux aspects, en l'occurrence le financement et la réforme. La réforme a un prix. À cela, il faut ajouter l'équipe de soins primaires.

Docteure Wilson, le Réseau Santé familiale de l'Ontario a un budget. Quel est ce budget et d'où provient-il?

La Dre Wilson: Mme Donna Segal, chef de direction du réseau, est venue de Kingston et elle se trouve parmi nous.

Senator Morin: I should like a ballpark figure. Where does it come from and who took the decision to implement it? I am coming to the point that is it important for the federal government to use it for primary care. You started down that road without the federal government telling you to do that.

The Deputy Chairman: Would you like Ms Segal to come to the table?

Ms Donna Segal, CEO, Ontario Family Health Network: As Dr. Wilson mentioned earlier, the provincial government has provided additional funding to the coffers to provide added incentive and to create the infrastructure that enables physicians to participate in this kind of plan. The Ontario government has allocated \$100 million towards the actual practice features. That is over and above the monies that they would have continued to fund to the physicians themselves, were they to maintain their ongoing relationship through the ongoing negotiations.

Senator Morin: How many MDs would that cover?

Ms Segal: The \$100 million is intended to top up the monies.

Senator Morin: How many doctors are we talking about?

Ms Segal: The estimate is somewhere in the order of 6,000 physicians. In addition, the government has also set aside a new \$150 million towards the development of the technology and the sharing of the technology throughout these practices.

Obviously, we are working on averages and estimates at this point. It is understood that, for the purposes of budgeting, the estimate was based on the notion of 10 physicians per practice. That being the case, they estimated approximately 600 practices to contain the 6,000 physicians. They are looking at over 600 units of physicians requiring additional top up support for the care they provide, including the bonuses and those features Dr. Wilson described earlier, as well as the \$150 million towards the technology.

Senator Morin: Is the \$150 million a recurring fund?

Dr. Segal: The \$150 million is one-time funding over three years or so, at least as it is now understood. That was part of an agreement that was negotiated between the Ontario Medical Association and the Ministry of Health some two years ago. It was also contained in the budget statement made by the government subsequently.

At this point in time, we understand it to be an investment for developing the IT, and making the IT accessible and available to the physician practices. I do not know what will happen in the future as physicians bring these services onboard and begin to get used to them. As they are used more and more, these services have to be maintained and upgraded. Those issued, I am sure, will be the subject of future discussion between the profession and the ministry itself.

Le sénateur Morin: J'aimerais des chiffres approximatifs. D'où provient le budget et qui a pris la décision de le mettre en œuvre? J'arrive à la conclusion qu'il est important pour le gouvernement fédéral de se servir d'un tel réseau pour les soins primaires. Vous avez lancé ce projet sans que le gouvernement fédéral vous dise de le faire.

La vice-présidente: Voulez-vous, madame Segal, vous présenter à la table?

Mme Donna Segal, chef de la direction, Réseau Santé familiale de l'Ontario: Comme la Dre Wilson l'a déclaré un peu plus tôt, le gouvernement provincial a ajouté des fonds pour créer un incitatif supplémentaire et mettre en place l'infrastructure qui permet aux médecins de participer à ce type de plan. Le gouvernement de l'Ontario a consacré 100 millions de dollars au volet pratique luimême. Ce montant s'ajoute aux crédits que le gouvernement aurait consacrés au financement des médecins eux-mêmes s'ils avaient maintenu leur relation courante lors des négociations en cours.

Le sénateur Morin: Combien de médecins cela concerne-t-il?

Mme Segal: Les 100 millions de dollars viennent s'ajouter à l'ensemble des crédits.

Le sénateur Morin: De combien de médecins parle-t-on?

Mme Segal: Selon les estimations, il y a environ 6 000 médecins. Par ailleurs, le gouvernement a aussi mis de côté une nouvelle tranche de 150 millions de dollars de crédits qui seront consacrés au développement de la technologie et aux échanges technologiques entre les cabinets.

Évidemment, ce ne sont pour le moment que des moyennes et des estimations. Pour les besoins du budget, nous avons pris pour hypothèse qu'il y a dix médecins par cabinet. À partir de là, on a estimé qu'il y avait environ 600 cabinets regroupant 6 000 médecins. Il y a plus de 600 cabinets nécessitant une aide supplémentaire pour les soins qu'ils fournissent, y compris les bonus et les autres aspects dont la Dre Wilson a parlés, ainsi que les 150 millions de dollars qui sont consacrés à la technologie.

Le sénateur Morin: Ce crédit de 150 millions de dollars est-il récurrent?

Mme Segal: Le montant de 150 millions de dollars est une subvention unique sur une période de trois ans environ, tout au moins pour ce qu'on en sait actuellement. Ce montant faisait partie de l'entente négociée entre l'Ontario Medical Association et le ministre de la Santé il y a environ deux ans. Le gouvernement l'a ensuite mentionné dans son exposé budgétaire.

Actuellement, il s'agit d'un investissement destiné au développement de la technologie de l'information, à la rendre accessible et disponible dans les cabinets de médecins. Je ne sais pas ce qui se produira lorsque les médecins intégreront ces services et commenceront à les utiliser. Étant donné que l'on utilise de plus en plus ces services, il faut les actualiser et les améliorer. Je suis certaine que ces questions feront l'objet de futures discussions entre la profession et le ministère lui-même.

Over and above that, the government has also paid for our agency. There is an operating budget for the agency itself. It is made up of not just staff and the normal infrastructure that you would expect in a secretariat function. However, at our peak, we will have somewhere in the order of 120 staff members.

Beyond that, there are also provisions to help with some of the administrative roles that Dr. Wilson alluded to earlier. For example, after the evaluation of the pilot projects, one of the primary complaints of physicians was with the bureaucratic process that was required to enrol the patient with their physician. As a result, we will be using some of our budget allocation toward helping the physicians in getting that administrative role away from them, leaving us with the paperwork and letting them get on with the work.

At this point in time, our allocation for this year has not been identified. For last year, it was somewhere in the order of \$50 million. The reality is that we will not be spending that full amount until we are fully blown. We are now working toward creating the capacity to meet our needs with that money.

Senator Morin: That is a fair amount of money. Again, to come back to it, this was a decision that the Department of Health of Ontario has taken to priorize, and that is very good.

Dr. Gardener, if I understand correctly, the Edmonton health authority has, more or less, a global budget that it effects to a given population for the chronic and acute care of that population. Am I right in saying that?

Dr. Gardener: Capital Health Authority is funded primarily by two mechanisms. First, it is funded by a population-based funding formula, as are all the regions within the province of Alberta.

Second, some of the programs we provide are funded through a province-wide services funding formula. This funds those programs delivered within Edmonton and Calgary which are designed to support the entire provincial population.

Senator Morin: What prevents your authority from effecting a portion of the budget to primary care? If I understand correctly, and correct me if I am wrong, you are not as advanced as Ontario is as far as primary health care reform is concerned. Am I right in saying that?

Dr. Gardener: We have certainly not progressed in the development of Family Health Networks.

Senator Morin: That was my impression. On the other hand, you are farther down the road than Ontario because it is non-existent in terms of regionalization.

What would prevent your authority from effecting part of its budget to primary care reform, as Ontario has done at the provincial level, if it is that important? I think you recognize its importance. Mais en plus, le gouvernement a financé notre organisme. Nous disposons d'un budget d'exploitation. Notre organisme est composé du personnel et de l'infrastructure normale que l'on peut trouver dans un secrétariat. Cependant, aux périodes de pointe, notre personnel compte environ 120 membres.

Par ailleurs, nous avons aussi pour rôle de prendre part aux tâches administratives évoquées plus tôt par la Dre Wilson. Par exemple, après l'évaluation des projets pilotes, un des principaux reproches faits par les médecins concernait le processus administratif auquel ils devaient se livrer pour inscrire leurs patients. C'est pourquoi, une partie de notre budget servira à libérer les médecins de cette tâche administrative. Nous ferons les formalités et nous les laisserons pratiquer la médecine.

Pour le moment, les crédits qui nous seront attribués cette année n'ont pas encore été établis. L'an dernier, nous avons reçu environ 50 millions de dollars. En réalité, nous ne dépenserons pas tous ces crédits tant que nous ne serons pas en pleine activité. Nous utilisons actuellement cet argent pour nous donner la capacité de répondre à nos besoins.

Le sénateur Morin: C'est beaucoup d'argent. Je rappelle que c'est une décision à laquelle le ministère ontarien de la Santé a décidé d'accorder la priorité et c'est tant mieux.

Si j'ai bien compris, docteur Gardener, l'administration sanitaire d?Edmonton dispose plus ou moins d'un budget global qu'elle consacre à une population donnée afin de dispenser des soins pour les maladies chroniques et les maladies aiguës. Est-ce exact?

Le Dr Gardener: La Capital Health Authority est financée essentiellement par deux mécanismes. Premièrement, elle est financée selon une formule tenant compte du nombre d'habitants, comme c'est le cas dans toutes les régions de l'Alberta.

Deuxièmement, certains programmes que nous offrons sont financés selon une formule qui s'applique aux services dispensés dans toute la province. Ces fonds financent les programmes offerts à Edmonton et à Calgary qui sont destinés à l'ensemble de la population provinciale.

Le sénateur Morin: Qu'est-ce qui empêche votre organisme d'affecter une partie du budget aux soins primaires? Si j'ai bien compris, et je vous prie de me rectifier si je fais erreur, vous n'êtes pas aussi avancés que l'Ontario en matière de réforme des soins de santé primaires. Est-ce que c'est exact?

Le Dr Gardener: Nous n'avons pas progressé dans l'élaboration des réseaux de santé familiale.

Le sénateur Morin: C'était l'impression que j'avais. En revanche, vous devancez l'Ontario au niveau de la régionalisation.

Qu'est-ce qui empêcherait votre organisme d'affecter une partie de son budget à la réforme des soins de santé, comme l'Ontario l'a fait au niveau provincial, si cela s'avère important? Je crois que vous en reconnaissez l'importance.

Dr. Gardener: Competition for resources. I return to my second identified barrier to implementing primary care reform.

With regard to the issues that face the region, I will use Edmonton as an example. We have been given provincial targets for certain conditions in terms of cardiac surgery, joint replacement wait times, MRI wait times, et cetera. As with all acute health jurisdictions across the country, we have significant pressures on our emergency departments and on our medical beds. We have significant pressure to develop increased capacity in community care alternatives for the elderly, not just traditional continuing care environments but home options for that population. It is a matter of where do you allocate the resources you are given.

We have invested in primary care. The development of the Northeast Community Health Centre was a major investment in primary care for a given community. Capital Health Link was a major investment in primary care. There is a recognition and willingness to move in that direction. However, it is a matter of availability of resources.

Senator Morin: Do you not think that Ontario has the same competition? It has just effected \$300 million, which is a lot of money. You have heard Ontario premiers one after the other complaining and finger pointing to the federal government because they did not have enough resources. It is a remarkable decision to have taken \$300 million of their own budget and effect it to primary care reform.

Dr. Gardener: Certainly, with the planned implementation of the Mazankowski report, the Province of Alberta will also be looking at targets, such as getting 50 per cent of physicians on alternate payment plans by 2005, as well as a number of initiatives rolling out that will, in fact, relate to health infrastructure, information infrastructure, et cetera. There is no question that the provincial governments will be committing resources to this.

Senator Morin: Do you see my point? We all believe in primary care reform. We all hope it will be extended throughout the country. To reach that objective, must the federal government actually earmark funds for it, as you are suggesting? There is a need for increased funds for the health system generally. If we do not earmark funds, will the same objective be reached through a conscious decision of either the regions where regions are in existence or of the Department of Health? That is my major question here.

Ms Segal: I do not think the province intends to foot the bill entirely on its own. It is counting heavily on health transition funding coming from the federal levels. In fact, it is making an Le Dr Gardener: Les ressources sont rares et très sollicitées. Je vais revenir au deuxième obstacle à la mise en œuvre de la réforme des soins primaires.

Pour ce qui est des problèmes auxquels fait face la région, je vais prendre l'exemple d'Edmonton. La province nous impose des objectifs pour certains traitements tels que les chirurgies cardiaques, pour les périodes d'attente pour le remplacement d'articulations, les périodes d'attente pour les IRM, et cetera. Comme c'est le cas dans toutes les régions du pays pour le traitement des maladies aiguës, nos services d'urgence et nos lits d'hôpitaux sont soumis à d'intenses pressions. Nous subissons de grandes pressions en vue de développer de nouvelles formules de soins de santé communautaires pour les personnes âgées, afin de proposer en plus des établissements traditionnels de soins de longue durée, des formules à domicile pour cette population. Il faut choisir le secteur dans lequel on souhaite consacrer les ressources dont on dispose.

Nous avons investi dans les soins primaires. Le Northeast Community Health Centre a constitué un important investissement dans les soins primaires pour une localité donnée. Le Capital Health Link a été un important investissement dans les soins primaires. Il y a une volonté d'aller dans cette direction. Cependant, il faut disposer des ressources nécessaires.

Le sénateur Morin: Ne pensez-vous pas que l'Ontario fait face au même type de problèmes? Or, cette province vient tout juste d'investir 300 millions de dollars, ce qui représente beaucoup d'argent. Les uns après les autres, les premiers ministres de l'Ontario ont reproché au gouvernement fédéral de ne pas leur consacrer suffisamment de ressources. C'est une décision remarquable d'avoir prélevé 300 millions de dollars de leur propre budget et de les consacrer à la réforme des soins primaires.

Le Dr Gardener: Avec la mise en œuvre prévue du rapport Mazankowski, la province de l'Alberta se fixera aussi certains objectifs tels qu'appliquer d'autres modes de paiement pour 50 p. 100 des médecins d'ici 2005, ainsi que mettre en œuvre diverses initiatives concernant l'infrastructure de la santé, l'infrastructure de l'information, et cetera. Il est certain que les gouvernements provinciaux consacreront des ressources à ces objectifs.

Le sénateur Morin: Voyez-vous où je veux en venir? Nous croyons tous dans la réforme des soins primaires. Nous espérons tous qu'elle sera appliquée dans l'ensemble du pays. Pour atteindre cet objectif, le gouvernement fédéral doit-il réserver des fonds pour la réforme, comme vous le proposez? Le système de soins de santé en général a besoin de fonds supplémentaires. Faute de fonds réservés, pourrons-nous atteindre ce même objectif par une décision consciente des régions, là où elles existent, ou du ministère de la Santé? Voilà la grande question que je me pose.

Mme Segal: Je ne pense pas que la province ait l'intention d'assumer la totalité de la facture. Elle compte beaucoup sur les fonds pour l'adaptation des services de santé provenant du

investment on assumed priorities that ought to come and ought to be supported, at least in part by the federal health transition funding which is available through your good graces.

At this point the Government of Ontario has made that investment. It has these as the priority initiatives. It has decided to make the expenditure, but will request, and is requesting through your programs, some offset funding to support their initiatives.

In answer to your question, senator, it is not just Ontario that is doing it. It is a collaborative effort between the federal and provincial governments.

The Deputy Chairman: In allocating funding for this project, where did the Ontario government get it? Did they move it from another program? After all, that is a sizable sum of money.

Ms Segal: To be honest, I cannot identify that.

The Deputy Chairman: Is that part of the role of health care?

Ms Segal: Obviously, the budget for the Ministry of Health in the Province of Ontario is a large one. They have identified this as a priority issue, not only for primary care reform but for reform of the health care system in general. They have decided to ensure that certain funding goes toward these objectives. They have provided that kind of budget forecast.

Honourable senators must understand that the \$100 million expenditure, as well as the \$150 million expenditure, is by no means spent at this point. It will be spent as new entities come onboard. They are seeing it as an incremental investment, hopefully with incremental pay back and support through other funding sources, a primary one of which would be the health transition funding.

The Deputy Chairman: I suppose there are consequences because if this works it will take pressure off another part of the health care system.

Ms Segal: It does. I can honestly say that there are also areas of the ministry which say, "You have a lot of money, and I do not have the amount of money I need this year." You are right, senator, it is coming from places. You see it both ways.

The Deputy Chairman: On behalf of honourable senators, I wish to thank our witnesses for appearing before us today.

The committee adjourned.

fédéral. En fait, la province fait un investissement en s'appuyant sur des priorités hypothétiques qui devraient être adoptées et appuyées, tout au moins en partie par les fonds fédéraux pour l'adaptation des services de santé, que nous obtenons par vos bonnes grâces.

Pour le moment, le gouvernement de l'Ontario a fait cet investissement. Ce sont ses initiatives prioritaires. Il a décidé de faire cette dépense, mais réclamera et demande par le truchement de vos programmes, un financement compensatoire pour appuyer ses initiatives.

Pour répondre à votre question, sénateur, l'Ontario n'est pas seule à entreprendre une telle réforme. C'est un effort de collaboration entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux.

La vice-présidente: D'où proviennent les crédits que le gouvernement de l'Ontario consacre à ce projet? Proviennent-ils d'un autre programme? Après tout, c'est une somme d'argent importante.

Mme Segal: Franchement, je ne peux pas vous le dire.

La vice-présidente: Est-ce qu'ils proviennent du ministère de la Santé?

Mme Segal: Il est évident que le ministère de la Santé de la province de l'Ontario dispose d'un budget important. Le ministère a reconnu que c'était une question importante, non seulement pour la réforme des soins primaires mais également pour la réforme du système de soins de santé en général. Il a décidé de consacrer une partie de son budget à ces objectifs. Voilà les prévisions budgétaires qu'il a faites.

Permettez-moi de préciser, honorables sénateurs, que les crédits de 100 millions de dollars et de 150 millions de dollars n'ont pas encore été dépensés pour le moment. Ils seront utilisés à mesure que les nouveaux organes seront créés. Le ministère les considère comme un investissement progressif, espérant qu'il sera remboursé petit à petit par d'autres sources de financement, la principale étant celle du fonds pour l'adaptation des services de santé.

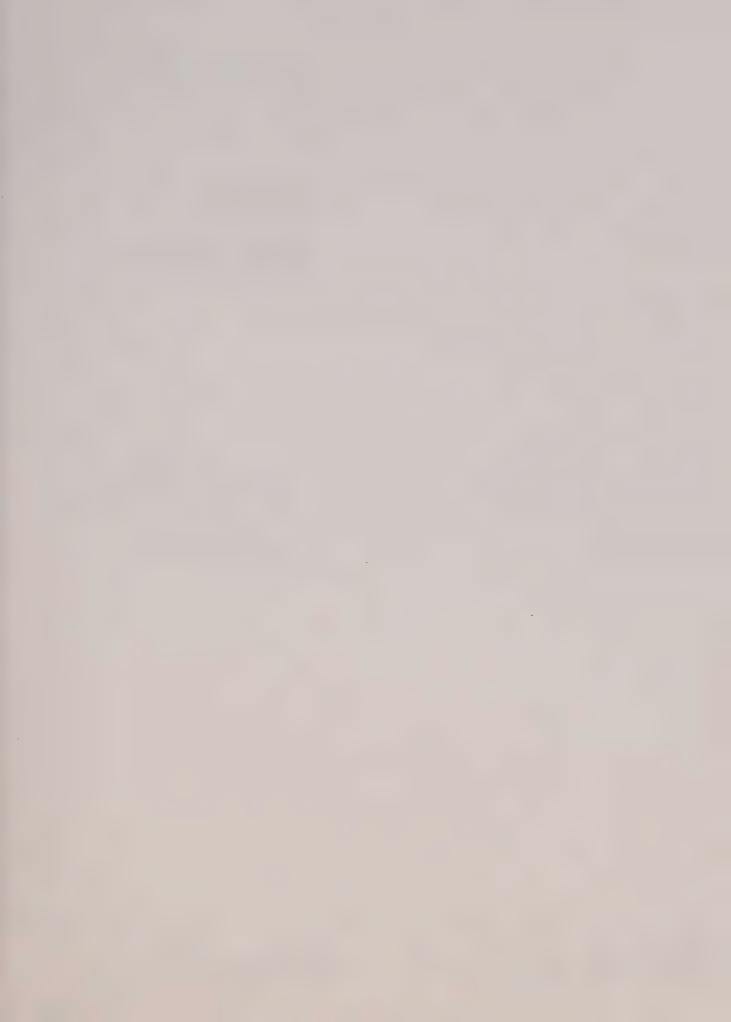
La vice-présidente: Je suppose qu'il y a des conséquences, car si le projet donne de bons résultats, il contribuera à diminuer la pression sur d'autres secteurs du système de soins de santé.

Mme Segal: En effet. Je peux vous dire que certains secteurs du ministère voient la situation sous un autre angle, considérant que nous avons beaucoup d'argent et qu'ils n'en ont pas assez. Vous avez raison sénateur, l'argent vient bien de quelque part. Il y a deux façons de voir les choses.

La vice-présidente: Au nom des honorables sénateurs, je remercie les témoins d'avoir comparu devant nous aujourd'hui.

La séance est levée.







If undelivered, return COVER ONLY to: Communication Canada – Publishing Ottawa, Ontario K1A 0S9

En cas de non-livraison, retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à: Communication Canada – Édition Ottawa (Ontario) K1A 0S9

WITNESSES:

From the Capital Health Authority (Edmonton):

Dr. Ken Gardener, Vice-President, Medical Affairs.

From the Ontario Family Health Network:

Dr. Ruth Wilson, Chair;

Ms Donna Segal, CEO.

TÉMOINS:

De la Capital Health Authority (Edmonton):

Le Dr Ken Gardener, vice-président, Affaires médicales.

Du Réseau Santé familiale de l'Ontario:

La Dre Ruth Wilson, présidente;

Mme Donna Segal, chef de la direction.







